

HENRI CHABROL

ERGEN DEPRESYONU

KÜLTÜR KİTAPLIĞI 101

DOST

KÜLTÜR KİTAPLIĞI: 101

D

Henri Chabrol

Toulouse-Le Mirail Üniversitesi'nde psikopatoloji profesörüdür. Ergen depresyonu dışında beslenme bozuklukları üzerine yaptığı çalışmaları da vardır.

Chabrol, Henri
Ergen Depresyonu
ISBN 978-975-298-440-0 / Türkçesi: Işık Ergüden
Mart 2011, Ankara, 116 sayfa
Kültür Kitaplığı: 101; Psikoloji: 9

Ergen Depresyonu

Henri Chabrol

DOST

ISBN 978-975-298-440-0

La dépression de l'adolescent
Henri Chabrol

Birinci baskı, Mart 2011, Ankara

Türkçesi, Işık Ergüden

Teknik hazırlık, Mehmet Dirican - DOST İTB

Baskı, Pelin Ofset Ltd. Şti.; İvedik Organize Sanayi Bölgesi,
Matbaacılar Sitesi 588. Sokak no: 28-30 Yenimahalle / Ankara
Tel: (0.312) 395 25 80-81 • Faks: (0.312) 395 25 84

Dost Kitabevi Yayınları
Meşrutiyet Cad. No: 37/4, Yenişehir 06420 Ankara
Tel: (0.312) 435 93 70 • Faks: (0.312) 435 79 02
www.dostyayinevi.com • bilgi@dostyayinevi.com

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ

Ergen depresyonları, sıklıkları, kişisel ve toplumsal yankılarının ciddiyeti ve bunlara bağlı olan intihar riskiyle kamu sağlığının önemli bir sorununu oluşturmaktadır.

Daha birkaç yıl öncesine kadar ergen depresyonları genellikle ender kabul ediliyor ve ergenlik krizinin çoğu zaman ortaya çıkmasına uygun zemin hazırladığı bir durumun atipik ifadesi olarak görülüyordu. Yakın dönemde edinilen bilgiler ise artık tersi bir görüntü sunmaktadır: Ergen depresyonlarına sık rastlanır, kızlarda oğlanlarda olduğundan iki misli fazla görülür, on ergen kızdan biri depressif rahatsızlık çekmektedir; semptomları genel olarak yetişkinlerinkine benzer; ciddiyetleri intihar riskine, ergenlik süreci üzerindeki etkilerine ve yetişkin depresyonuna doğru sık rastlanan evrimlerine bağlıdır.

Psikiyatri ve psikanaliz bu bakış açısı değişimine katkıda bulunmuştur. Tanı ölçütlerinin tanımlanması, epidemiyoloji, semptomatoloji ve komorbiditeyle ilgili, bu ergen depresyonlarının belirlenmesi ve evrimiyle ilgili çok sayıda çalışmaya yol açmıştır. Bu çalışmalar ergen depresyonu ile çocuk depresyonu arasındaki farkları belirtmiştir; daha az sıklık göstermesiyle ergen depresyonundan ayrılan çocuk

depresyonu her iki cinsiyette de aynıdır, başka psikiyatrik rahatsızlıklarla birlikteliği daha önemlidir, ailevi işlevsizliklerle ilişkisi daha güçlüdür, yetişkin depresyonuna doğru evrildiğine daha az sıklıkla rastlanır. Bu çalışmalar aynı zamanda minör depresyonların ciddiyetini de yakın dönemde ortaya çıkardı. Bunların semptom yoğunluğu daha az olmasına rağmen, psiko-sosyal uyum üzerinde önemli etkileri vardır ve genç yetişkindeki majör depresyona doğru sıklıkla bir evrim gösterirler.

Ergen depresyonu artık toplumsal, ailevi, psikolojik ve muhtemelen biyolojik etkenleri kapsayan ortak bir nihai yol olarak ortaya çıkmaktadır. Psikanalitik, bilişsel-davranışsal ve sistemik yaklaşımlar bu etkenlerin etkileşim ve rollerinin kavranmasına katkıda bulundu. Çökmüş ergenin ve ailesinin psikanalitik tedavileri bu etkenlerin psikodinamik yanlarını ve burada ifade bulan gelişim bozukluklarının sıklıkla rastlanan ciddiyetini daha iyi belirlemeyi sağlamıştır. Bir gelişme krizinin ifadesi olan depresyon aynı zamanda bir kopuşun da ifadesidir ve toplumsal, ailevi etkileriyle, okul ya da profesyonel yaşam üzerindeki etkisiyle gelişimi saptırabilir ve patolojik bir çözüm içinde sabitleyebilir.

Ergen depresyonlarının potansiyel ciddiyeti, iz sürme ve tedavi konusunda daha iyi bir yaklaşımı gerektirmektedir. Bu depresyonların hâlâ büyük ölçüde bilinmemesi, doğrudan doğruya yardım talep etmeyen ergen tutumlarına, ama aynı zamanda da yetişkinlerin tavrına da bağlı olabilir. Genellikle pek az açıklayıcı olan bir görünüme kanan aile, öğretmenler, doktorlar ve diğer akıl sağlığı profesyonelleri mutlu gençlik mitosundan aynı ölçüde et-

kilenmişlerdir: Ergen depresyonu, yetişkinlerin geçmişteki ergenlik acılarını hatırlatıp depreştirdiğinden, savunmaya yönelik inkâr tepkileri görülür.

Belirlenimlerin çoğulluğuna karşılık gelen çeşitli tedavi yaklaşımları önerilmiştir. Asıl meydan okuma, gereksiz iktidar çatışmaları içinde bu farklı tedavi yöntemlerini karşı karşıya getirmekten, tıbbi gereklilikleri belirtmekten ve bileşim olasılıklarını değerlendirmekten ibaret değildir. Bununla birlikte, değerlendirme incelemelerinin yetersizliği nedeniyle, tedavi stratejileri belirsiz kalmaktadır.

I. Bölüm

KAVRAMIN EVRİMİ, TEŞHİS, EPİDEMİYOLOJİ, KLİNİK VE SINIFLANDIRMA

I. Ergen depresyonu kavramının evrimi

Ergen depresyonu kavramının evriminin tarihi birkaç temel evrede özetlenebilir: 19. yüzyıl başında modern bilimin alanına girişi, nispeten gözden yitmesi, ardından son yirmi yılda adım adım yeniden keşfi.

1. Ergen melankolisi. – Esquirol, *De la lypémanie ou mélancolie* adlı 1820 tarihli bir metinde, modern depresyon kavramının habercisi olan klinik bir durumu belirtmeye çabalar. Burada, yaştan nispeten bağımsız, yetişkinde ve ergende ortak olarak görülen bir belirtiyi tarif eder. "Gençlikte çok sık" olarak kabul ettiği melankoliyi, buluğ heyecanlarının temel nedeni olarak görür.

2. Ergenlik krizi mitosu. – İkinci önemli evre, belirgin semptomlardan uzaklaşarak bunları belirleyen ruhsal çatışmalara dikkati yönelten psikanalizin etkisine bağlıdır. Ço-

cukluk çatışmalarının, buluğa bağlı içgüdülerin atılımının etkisiyle yeniden-etkenleşmesi, gelişim için gereken olgunlaşma çatışmalarının genellikle zararsız tezahürleriyle özdeşleştirilen ergenin psikolojik karmaşalarının kökeni olarak kabul edilmiştir. Bu anlayış, muhtemelen gürültülü patırtılı görünümüne rağmen genellikle geçici ve kendiliğinden çözüme bağlanır kabul edilen ergen psikopatolojisinin sıradanlaşmasına yol açmıştır. Bunun ardından, normal ve patolojik ayrımının genellikle yanıltıcı ya da uygunsuz olarak görüldüğü ergen krizi kavramı içerisinde yeniden bir araya getirilmiş ve birbirinden farksızlaştırılmış bu düzensizliklerin semptomatik sınıflandırılmasına artan bir ilgisizlik dönemi gelir. 1960'lı yılların sonunda, ampirik incelemelerin birikmesi ise, tersine, ergenlerin psikopatolojik bozukluklarının, kendiliğinden yok olmak bir yana, uygun müdahalede bulunulmazsa, bir yetişkin patolojisine doğru düzenli olarak ilerlediğini saptamayı sağlamıştır. Bu saptamalar bu ergen krizi mitosunun içyüzünün teşhirine vardı. Normali patolojik olandan, olgunlaşma çatışmalarını gelişim sapma ya da duraklamalarından ayırt etme olanağı kabul gördü.

Dahası, bir bakış açısı değişimiyle psikanaliz, yakın dönemde, ergenliğin bazı psikopatolojik tezahürlerinin ciddiyeti üzerinde ısrarla durdu; vaktiyle sıradanlaştırılmış olan bu tezahürler günümüzde intihar teşebbüsleri gibi gelişmenin mutlak durma ya da sapma tehdidini ortaya koyan unsurlar olarak kabul edilmektedir (Ladame, 1981;[1] Laufer ve Laufer, 1984).

1) Ladame F. (1981), *Les tentatives de suicide des adolescents*, Paris, Masson.

Ergenin psikolojik patolojisine yeniden dikkat gösterilmesi ve bu patolojinin psikiyatri alanına geri dönüşü, ergen depresyonlarına yeni bir ilgiye bağlandı. Bu yeniden keşif iki evre halinde işlemiştir: Öncelikle, ergenlerin çoğunun, yetişkinlerin tersine, atipik bir semptomatolojiyle tezahür eden depresyonlarını doğrudan ifade etmedikleri saptandı. Ardından, ergenlik depresyonunun, ortak bir semptomatoloji gösterdiği yetişkin depresyonuna benzediği kabul edildi.

3. Maskeli depresyon sorunu. – "Depresif denklikler" ve "maskeli depresyon" kavramlarıyla temsil edilen birinci tutum, ergen depresyonlarının, sinirlilik döngülcriylc kcsintiye uğrayan ısrarcı ve dayanılmaz bir sıkıntı duygusu olarak; ebeveyn ya da arkadaşlar karşısında abartılı bir bağımlılık ya da kopukluk olarak; istenmeyen cinsel yakınlıklar; yorgunluk; bedensel kaygılar ya da fiziksel semptomlar; iştah veya uyku sorunları ya da psikosomatik rahatsızlıklar, konsantrasyon güçlükleri ve öğrenme güçlükleri olarak; obsesyonel ya da fobik kaygı semptomları, okul fobisi olarak; intihar teşebbüsleri, antisosyal ya da suça eğilimli tutumlar olarak genellikle indirgenmiş ya da atipik bir semptomatolojiyle tezahür ettiğini ileri sürer. Bu semptomlar karşısında, açıkça görülmeyen bir depresyonun tanınması için zorunlu olan öğelere duyulan gereklilik değişkendi, ama maskeli depresyona dair en alışıldık anlayış, bu depresyonu, depresif mizaç değişiminin görülmediği depresif bir düzensizlikle özdeşleştirir. Bu maskeli depresyon kavramı, ergendeki antisosyal davranışlar ve yas ya da intihar arasındaki ilişki gibi dolaylı argümanlarla teyit

edilmiştir. Maskeli depresyonlardan yana epidemiyolojik argümanlar ileri sürülmüştür: Kandel ve Davies (1982),[2] ergen kızlarda depresyonların ve ergen erkeklerde suça eğilimli tutumların en fazla sıklık gösterdiğini saptayarak, maskeli depresyon hipotezinden söz ederler, "yani oğlan çocuğundaki antisosyal davranış, kızdaki depresif mizacın dengidir." Kanada'daki 4-16 yaş arası çocuk ve ergenlerdeki epidemiyolojik bir inceleme (Links ve diğerleri, 1989)[3] aynı sonuçlara vardı: 11 yaşından önce kaygı ve depresif duygusal karışıklıkların altı ay için baskınlığı oğlan çocuklarıyla kız çocuklarında özdeşse de (% 10'a % 11), 12-16 yaş arasında kızlarda % 14'e artarken oğlan çocuklarında % 5'e düşer, oysa ki davranış bozuklukları oğlan çocuklarında % 6'dan % 10'a çıkarken kızlarda yalnızca % 2'den % 4'e çıkar. Bunalım içindeki ve/veya suça eğilimli ergen oranı her iki cinsiyette de benzer kalır: % 15 oğlan çocuklarında, % 18 kızlarda. Sanki oğlan çocuklarında, ergenlikteki davranış bozuklukları çocukluğun duygusal karmaşasının yerine geçmiş gibidir. Bununla birlikte, maskeli depresyon kavramının karşısına çok sayıda eleştiri çıkartılmıştır: Kapsadığı semptomların genellikle çocuk ve ergen psikiyatrisinde konsültasyon ya da hastaneye yatma gerekçesi oluşturduğu saptanmıştır ve teşhisi sınırlandırı-

2) Kandel D. B, Davies M. (1982), "Epidemiology of depressive mood in adolescents: an empirical study", *Archives of General Psychiatry*, 39, 1205-1212.

3) Links P. S., Boyle M. H., Offord D. R., (1989), "The prevalance of emotional disorders in children", *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 177, 85-91.

cı ölçütlerin yokluğunun neden olduğu abartılı yayılması eleştirilmiştir. Carlson ve Cantwell (1980),[4] depresif denkliklere gönderme yapabilecek semptomlardan etkilenmiş çocuk ve ergenleri inceleyerek, bunların iki grup halinde ayrıldıklarını saptadılar: Çoğunluk depresif semptomatolojiden muafken, diğerlerinde depresyon ancak dikkatli bir incelemeyle belli oluyordu ve davranış bozuklukları daha az ciddiydi, depresif semptomlar başladıktan sonra ortaya çıkıyordu. Serbest mülakatta teşhis edilemeyen ve yalnızca sistematik mülakatta ortaya çıkmış olan depresyonların çoğu, sosyalleşmemiş saldırgan tepkilerle birlikteydi. Bu durumda, bu tüm vakaların "'maskeli depresyon' olarak adlandırılan şeyden" etkilendiği hipotezi ortaya atılır, "oysa ki bizim deneyimimizde maske mevcut olsa bile çok inceydi." Maskeli depresyonda, Beck'in şaka yollu ifadesiyle, maskeyi taşıyan psikiyatrdır.

4. Ergen ve yetişkin depresyonlarında ortak bir semiyolojinin kabulü. – Maskeli depresyonların bu şekilde tartışma konusu edilmelerine paralel olarak, sistematik incelemeler ergen ve yetişkin depresyonlarıyla semiyolojik benzerlik gösterirler. Bu gözlemler, 1980 yılında yayımlanan ve Amerikan Psikiyatri Derneği'nin resmi nozografisini sunan Zihinsel Rahatsızlıklar İstatistik ve Teşhis El Kitabı'nın üçüncü baskısında (DSM-III) yetişkin, ergen ve çocuk depresyonunun ortak bir semptomatolojisi tanımına varır:

4) Carlson G. A., Cantwell D. P., (1980), "Unmasking masked depression in children and adolescents", *American Journal of Psychiatry*, 137, 445-449.

"Majör bir depresyonun ana özellikleri çocukta, ergende ve yetişkinde benzerdir." Bu ortak çekirdeksel sendromun kabulü ergen depresyonunun başka incelemeleri tarafından da ileri sürülmüştür (Strober ve diğerleri, 1981; Friedman ve diğerleri, 1983, Ryan ve diğerleri, 1987).

Pinel ve Esquirol'un etkisi altında eski melankoli kavramının bilimsel klinik alanına girişinden bir buçuk yüzyılı aşkın bir zaman sonra, DSM-III ergen ve yetişkin depresyonlarına ortak merkezi bir semiyolojinin gerçekliğini yeniden onayladı.

II. Niceliksel teşhis ve değerlendirme yöntemleri.

Ergen depresyonlarına direktif değil serbest mülakat yoluyla yaklaşımın yetersizlikleri geniş ölçüde ortaya çıkmıştır. Bunlar klinikçiler arasında teşhislerin yeterince uyum göstermemesiyle ve olumsuz yanlışların sıklığıyla belirlenir: Örneğin Carlson ile Cantwell'in (1980) incelemesinde, alışıldık serbest mülakat yöntemi, sonuçta depresif semptomatoloji değerlendirmesi üzerinde odaklanan bir serbest mülakat evresi ile bir yapılandırılmış evrenin birbirini izlediği yarı yapılandırılmış bir mülakatın ortaya çıkardığı depresyonların % 60'ını gözardı eder. Rorschach'ın testine gelince, depresif durumlara yeterince duyarlı olmaması onu çocuk ve ergen depresyonu teşhisinde pek yararlı kılmaz.

1. Yarı yapılandırılmış teşhis mülakatları. – DSM kategorilerine denk düşen teşhislerde bulunmayı sağlayan

yarı yapılandırılmış mülakatlar düzenlenmiştir. Ergende, esas olarak, yetişkin için olan Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia'nın (SADS) ya da çocuklara uyarlanmış ve 6-16 yaş arasındakilere uygulanabilir versiyonunun (Kiddie-SADS) (Chambers ve diğerleri, 1985)[5] Fransızcaya tercüme edilmiş olarak kullanıldığı görülür. Hastaneye yatırılan ergenlerde DSM III'e göre psikiyatrik teşhiste bulunmak için SADS'ı kullanan klinikçiler arasında mükemmel bir uyum elde edilmiştir (Strober ve diğerleri, 1981).

Bu yarı yapılandırılmış mülakatların kullanımı yine de çekincelere yol açar: Öncelikle mekanik ve beceriksizce kullanımları, ergenlikte karşılaşılan bu ayrıcalıklı ânı kesin olarak tehlikeye atabilir. Ergenle bir tedavi ilişkisinin kurulmasının önceliği –ki ilk söyleşiler geri dönüşsüz kararlara yol açabilir– tehlikeye atılmamalıdır. Soruların düzeni diyalogun doğal gelişimine uyumlanmalı, mülakat ancak dönemsel olarak yapılandırılmalıdır. Ama bu yapılandırılmış söyleşi dönemleri bu depresif ıstırabın önünde gitmeli, bu ıstırabın ifadesini ve tanınmasını kolaylaştırarak, bu tedavi ittifakı buyruğuna hizmet edebilmelidir. Yarı yapılanmış mülakatın, hedefleri nozografik tanıyı aşmaması gereken klinik buluşmayı özetleyemeyeceği aşikârdır.

5) Chambers W. J., Puig-Antich J., Hirsch M. ve diğerleri (1985), "The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi-structured interwiew: test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children", *Archives of General Psychiatry*, *42*, 696-702.

2. Niceliksel değerlendirme ölçekleri. – Bunlar, bir depresyonun yoğunluğunu değerlendirmeyi ve semptomatik evrimi gözlemeyi sağlar. Dış gözlemcinin değerlendirdiği ölçekler ile değerlendirmenin kendi kendine yapıldığı ölçekler vardır.

A) *Dış gözlemcinin ölçekleri.* – Bunların bellibaşlı kullanımları tedavi incelemeleridir.

B) *Kendi kendine değerlendirme ölçekleri.* – Bunlar tanıya ve nicelendirmeye katılabilirler. Epidemiyolojik araştırmalar ile tedavi incelemeleri için bunlar kullanılabilir. Kullanımı en kolay ve ergenler tarafından en iyi kabul gören aygıtlardan biri CES-D'dir (Center for Epidemiological Studies – Depression scale).[6] Bu ölçek, genel nüfus için epidemiyolojik anketler şeklinde düşünülmüş kendi depresyonunu değerlendirme ölçeğidir, ama aynı zamanda klinik bir tarama aygıtı olarak da kullanılır. 20 maddesinin dördü (4, 8, 12, 16 maddeler) olumlu biçimde sunulmuştur. Her cevap, geçen hafta boyunca semptomun sıklığını değerlendiren bir ölçek üzerinde 0'dan 3'e numaralandırılmıştır (örneğin: Kendimi üzgün hissettim: asla = 0, ara sıra = 1, oldukça sık = 2, çok sık, her zaman = 3). Olumlu maddelerin numaralandırılması tersine çevrilmiştir (örneğin: Mutluydum: asla = 3, ara sıra = 2, oldukça sık = 1, sık sık, her zaman = 0). Olası not aralığı 0'dan 60'a kadar uzanmaktadır. 1953 ergen ara-

6) Radloff L. S., (1977), "The CES-D scalme: a self report depression scale for research in the general population," *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.

sında gerçekleştirilen bir sadakat incelemesinde, CES-D'nin iç tutarlılığı, 0,85'lik Cronbach alfa katsayısıyla artırılmış gözükür (Chabrol ve diğerleri, 2002).[7] Bailly ve diğerlerinin incelemesi (1992)[8] 21 eşik skoru elde etti ve majör depresif durum tanısı için 0,93'lük bir duyarlılık ile 0,82'lik bir özgüllük sağladı. Chabrol ve diğerlerinin incelemesinde, optimal eşik her iki cinsiyet için 24'tü ve majör depresyon tanısı için 0,73'lük bir duyarlılık verdi. Bu eşik Robert ve diğerlerinin (1991)[9] büyük ergenlerde buldukları eşiklere yakındır: Elde edilen eşikler kızlar için 24, oğlanlar için 22'ydi. Chabrol ve diğerlerinin incelemesinde (2007),[10] CES-D'yi 17 yaşın altındaki 1057 ergen için kullandığında, olası majör depresyonların sıklığı (24'e eşit ya da daha yüksek skor) oğlan çocuklarında % 18 ve kızlarda % 32'ydi. Majör depresyon ihtimali taşıyan hastalarda, oğlan çocuklarının % 40'ı ve kızların % 29'u son bir hafta içinde en azından bir kez intihar etme arzusu duyduklarını aktarmışlardı. İntihar fikrindeki bu sıklık, CES-D'de 24'e eşit ya da daha yüksek depresyon-

7) Chabrol H., Montovany A., Chouicha K. (2002). "Etude de la CES-D dans un échantillon de 1953 adolescents scolarisés", *Encéphale*, 28, 429-432.

8) Bailly D., Beuscart R., Alexandre JY ve diğrleri (1992), "Utilisation de la CES-D chez l'adolescent: résultats préliminaires", *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 4, 486-96.

9) Robert R. E., Lewinsohn P. M., Seeley J. R., (1991), "Screening for adolescent depression: a comparison of depression scales", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 58-66.

10) Chabrol H., Rodgers R., Rousseau A., (2007), "Relations between suicidal ideation and dimensions of depressive symptoms in high-school students", *Journal of Adolescence*, 30, 587-600.

ların önemli depresif semptomatolojilere denk düştüğünü onaylıyor gözükmektedir.

Bununla birlikte, soruların özgüllüğü depresyon tanısı sağlayamayacak kadar yetersizdir. Bunlar semptomları saptamaya, onların ciddiyetini değerlendirmeye ve gelişimi gözlemeye hizmet edebilirler.

3. Ebeveynlerin ve ergenlerin verdiği bilgilerin nispi değeri tartışması. – Bu değerlendirme yöntemlerinin kullanımı, ebeveynlerden ve ergenlerden elde edilen bilgiler arasındaki çelişkileri tanımaya ve aydınlatmaya katkıda bulundu. Çocuk ve ergen nüfus ile bunlara dönük soruşturma yöntemleri hangisi olursa olsun, bu uyumsuzluklar genellikle belirtilmiştir. Çocuk ve ebeveynlerle ayrı ayrı görüşüldüğünde bunlar azami düzeyde ortaya çıkmıştır. Farklı incelemeler bunların ergen depresyonuyla ilgili olarak daha iyi kavranmasını sağlamıştır: Moretti ve diğerlerinin (1985) depresyon için soru yöneltilen 60 ergen ve çocuk incelemesinde, çocuğun depresif semptomatolojisi, çocuğun kendi kendine doldurduğu iki soru kâğıdıyla ve bir klinik söyleşiyle, ebeveynin ve çocukların yanında ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Çocuğun kendi kendini değerlendirmesi psikiyatrın tanısıyla uyuştuğunda, ebeveynden elde edilen bilgiler çöküntü içindeki çocukları diğerlerinden ayırt etmeyi sağlamamaktadır. Özellikle, ebeveynler majör depresyona maruz kalmış çocuklarının depresyonunu önemli ölçüde küçümsüyorlardı.

Çöküntü içinde olmayan anneler ergenlerin depresif semptomatolojisini küçümserken, çöküntü içindeki anne-

ler aşırı abartır: Meck ve diğerleri (2000),[11] 123 ergeni ve annelerini inceleyerek, çöküntü içindeki annelerin verdiği bilgilerin depresyon sıklığını % 23 olarak değerlendirirken, ergenlerin verdiği bilgilerin sıklığı % 10'la sınırlandırdığını saptamıştır. Çöküntü içinde olmayan annelerle de tersi gözlemlenmektedir (% 2'ye karşılık % 14).

III. Epidemiyoloji

Majör ergen depresyonlarının başatlığı yaklaşık % 4'ten % 8'e olarak değerlendirilir (AACAP, 1998). Fransa'da, ortalama 17 yaşındaki 728 liselinin incelenmesi (Bailly ve diğerleri, 1992), sorularla bir tarama evresini ve yarı yapılanmış söyleşiyle bir tanıyı art arda getirmiştir: DSM-III-R ölçütlerine göre tanımlanmış majör depresyonun başatlığı % 4,4'e yükselir, oğlan çocuklarında ve kız çocuklarındaki başatlık aşağı yukarı denktir. Chabrol ve diğerleri (2002) CES-D'yle okula giden 1953 ergeni incelediler. 24 eşik skoruyla, oğlan çocuklarının % 10'u ve kız çocuklarının % 24'ünde muhtemel majör depresyon vardı. Ergenlikte depresyonun başatlığı çocuklukta olduğundan daha yüksektir, ama yetişkinlikle karşılaştırılabilir.

Mizaç bozukluklarının cinsiyetlere göre dağılımı, yetişkinlikte gözlemlenen kadın başatlığını ergenlikte geride bırakır. Bu altüst oluş 11-13 yaşları arasında meydana gelir.

11) Mick E., Santangelo S. L., Wypij D. ve diğerleri (2000), "Impact of maternal depression on rating of comorbid depression in adoleascents with attention-hiperactivity disorder", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 314-319.

15 yaş civarında, oğlan çocuklarının iki katı kız depresif bir evre yaşamıştır.

Ergenlik depresyonlarında kadınların başatlığının ortaya çıkması, biyolojik, psikolojik ve toplumsal çeşitli mekanizmalara gönderme yapabilir. Ergen kız çocukta depresyon buluğa özgü değişimlerle ilişki halindedir. Östrojenler suçlanırken, oğlan çocuklarındaki androjenlerin onları depresyona karşı koruduğu ya da depresyonu maskeleyen tutumları kolaylaştırdığı varsayılır. Ergen genç kızlarda depresyonun artışı, bedenin buluğ değişimleriyle ve toplumsal etkileşimler ve benlik algısı üzerinde psikososyal etkileriyle açıklanabilmiştir. Bedenin cinsel olgunlaşması, ergen kız çocuğunu, öz saygıyı ciddi biçimde altüst edebilecek dışsal ve içsel gerilimlere maruz bırakır. Ergen genç kızın bedeni bu durumda müşkülpesent estetik ideallere ve başkalarının eleştirel bakışlarına tabi olur. Regller, kirli ve kötü olarak hissedilen cinsellikli bedenin olumsuz yaşamını artırabilir. Bedeni anneninkiyle özdeşleştiren fiziksel olgunlaşma, ergen kız çocuğunun bedenine sahip olan ve anneye karşı saldırganlığın bedene dönmesini kolaylaştıran mutlak erk sahibi bir anneye pasif itaat duygusunu büyütür (Laufer ve Laufer, 1981). Ergen kız çocuğuna cinsel rollerin farklılaşmasıyla ilgili toplumsal baskının vurgulanması, oğlan çocuğunu utanç verici bir zayıflığın ifadesi olarak yaşanan depresif semptomları inkâra ya da gizlemeye yöneltebilir. Cyranowski ve diğerleri (2000)[12] strese büyüyen bu dayanıksızlığı açıklayan çok-

12) Cyranowski J. M., Frank E., Young E. ve diğerleri (2000), "Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a therotical model", *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27.

unsurlu teorik bir model önerdiler. Bu model ergen kızlara özgü biyolojik ve psikososyal etkenlerin etkileşimini de dahil eder. Ergen kızda mahrem duygusal ilişkilerin tercihiyle ve katılımsal ihtiyaçların artışıyla belirlenen ilişkisel tarzda özelliklerin rolünü vurgularlarken, ergen oğlan çocuğunda özerklik baskın çıkar. Bu katılımsal yönelim ergen kız çocuklarını ilişkisel olaylara daha duyarlı kılarken, daha az köleleşmeyle ve daha az etkili hakimiyet süreçleri ya da karşı koyma mekanizmalarıyla oğlan çocuklarından ayrılırlar. Ergen kızı erkenden aşk ya da cinsellik ilişkilerine girmeye maruz bırakan kaygı verici bağlanma tarzı, bu yazarların ergen kızların depresojen hastalık yatkınlığı olarak adlandırdıkları şeye katkıda bulunur.

IV. Sınıflandırma ve semiyoloji

DM-III'ün ve sonraki revizyonlarının ortaya çıkışından itibaren, çocuk ve ergen depresyonlarının bellibaşlı epidemiyolojik, klinik, biyolojik ve tedavi amaçlı araştırma incelenmeleri buraya gönderme yapar. DSM, çocukta, ergen ve yetişkinde ortak mizaç bozukluklarının sınıflandırılmasını ve semiyolojisini önerir. Depresif rahatsızlıkların DSM'sinin sınıflandırılması, majör depresyonları, distimik bozukluğu, depresif uyum etkisini ve kalıntı bir kategori olan spesifikleşmemiş depresif rahatsızlığı ayırt eder.

1. Majör depresyonlar. – DSM, majör depresyonları, psikotik özellikli majör depresyonları ve melankolik tarzda majör depresyonları birbirinden ayırır.

A) *Ortak sendromun gerçekliği.* – Çocuğun, ergenin ve yetişkinin majör depresyonlarının semiyolojik benzerliği karşılaştırmalı incelemelerle doğrulanmıştır. DSM-IV'e göre majör depresyon tanısı art arda iki hafta boyunca en azından 5 semptomun varlığını gerektirir. Bu semptomlar neredeyse her gün kendini göstermiş olmalıdır. Günün büyük bölümünde 1) ya depresif bir mizaç ya da bir kez öfkelenme, veyahut 2) bütün ya da hemen hemen bütün etkinliklerde ilgi ya da zevk yitimi tanı için zorunludur. Diğer semptomlar şunlar olabilir: 3) kilo kaybı ya da kilo alma, veyahut iştah azalması ya da artması, 4) uykusuzluk ya da aşırı uyuma ; 5) ajitasyon ya da psikomotör yavaşlama; 6) yorgunluk ya da enerji yitimi; 7) değersizlik duygusu ya da aşırı veya uygunsuz suçluluk duygusu; 8) yoğunlaşma, düşünce güçlükleri veya kararsızlık; 9) ölmenin daha iyi olacağı düşünceleri, intihar fikirleri, intihar teşebbüsü. Klinik soruşturmalar ergendeki bu majör depresyon semptomatolojisini belirtmeyi sağladı (Strober ve diğerleri, 1981; Friedman ve diğerleri, 1983; Ryan ve diğerleri, 1987; Mitchell ve diğerleri, 1988). Bu 4 incelemede, aşağıdaki semptomlar en azından hafif biçimde görülür: 1) üzgün mizaç şu sıklıklarda: % 95, % 92, % 95 ve % 92; tez öfkelenirlik: % 38, % 55, % 83; 2) ilgi yitimi ve anhedoni: % 70, % 100, % 87 ve % 92; 3) kilo yitimi: % 50, % 54, % 34 ve % 32; kilo artışı: % 25, % 42, % 23 ve % 14; 4) uykusuzluk: % 65, % 58, % 73 ve % 64; aşırı uyku: % 28, % 31, % 36 ve % 60; 5) psikomotris ajitasyon: % 10, % 46, % 61 ve % 70; psikomotor yavaşlama: % 18, % 46, % 71, ve % 48; 6) yorgunluk ya da enerji yitimi: % 55, % 85, % 82 ve % 92; 7) kendini olumsuz değerlendirme: %

63, % 92, % 75; suçluluk duygusuyla birlikte: % 55, % 77, % 53 ve % 56; 8) yoğunlaşma güçlükleri: % 70, % 92, % 87 ve % 82; 9) intihar fikirleri: % 70, % 92, % 61 ve % 68. Ryan ile Mitchell'in incelemeleri bu depresif semiyolojinin her iki cinsiyette de aynı olduğunu göstermektedir.

B) *Semptomların ifade tarzları.* – Majör depresyonu olan 33 hastayla yapılan yapılandırılmış bir söyleşiye cevaplar, ergenlerin kendi semptomlarını aktarış tarzlarını verir ve sıklığını değerlendirmeye imkân tanır: **Depresif mizaç ya da tez sinirlenirlik** (% 66): depresif mizaç hastaların % 33'ü tarafından ifade edilmiştir ("Üzüntülüyüm"; "Karanlık fikirlerim var, gözüm hiçbir şeyi görmüyor, her şeyi bırakıp gitmek istiyorum, umutsuzum, hiçbir şeysiz, cesaretsiz ve her şey"; "İyisiyle de kötüsüyle kendimi depresif hissediyorum, en dibe düşebilirim; en dipte olduğumda çok uzun sürüyor"). Tez sinirlenirlik hastaların % 33'ü tarafından üzüntülü mizaç olmadan aktarılmıştır: "Ufacık bir şey söylendiğinde sinirleniyorum, karşımdakine vurmak istiyorum"; "Beni sinirlendirmemeliler, çok çabuk öfkeleniyorum. Kendimi tutmaya çalışıyorum. Surat asıyorum, köşemde duruyorum, hiçbir şey demiyorum. Kimse beni aramamalı, bir tutum, bir söz, bir jest, her şeyi bana saldırı olarak hissediyorum."

Bütün (ya da hemen hemen bütün) etkinliklerde belirgin ilgi ya da haz düşüklüğü (% 51): "Hoşuma giden hiçbir şey yok"; "Hiçbir şey arzulamıyorum; evimden çıkmıyorum; müzik dinliyorum ve düşünüyorum; aslında hiçbir şey düşünmüyorum, yalnızca boşluğu görüyorum"; "her şeyden nefret ediyorum, hiçbir motivasyonum yok."

Bu zevk yitimine üzüntülü mizaç ya da sinirlilik yokluğunda % 33 durumda görülür.

İştah bozuklukları (% 63): "Çok sık. Kimi zaman yemek benim için hiçbir şey ifade etmiyor, tiksiniyorum; kimi zaman gün boyu yemek yemiyorum"; "çok yedim ve çok şişmanladım"; "çok yemek yediğim dönemler de var, hiç acıkmadığım dönemler de. Yaz sonunda 5 kilo almıştım ve yalnızca bu hafta 2 kilo verdim."

Uyku bozuklukları (% 82): Uykusuzluk vakaların % 49'unda saptanmıştır ("en güç gelen şey uyumak. Geceleyin defalarca uyanıyorum. Kötü rüyalar görüyorum, ama asla tam olarak hatırlamıyorum"); % 33 vakada aşırı uyku ("ortalama 10 saat uyuyorum, hatta 12 saat, ama hep yorgunum"; "tek yaptığım şey uyumak, yine de kendimi sürekli yorgun hissediyorum").

Psikomotör ajitasyon ya da yavaşlık (% 78): "Rastgele her şeyi yapıyorum, her yere atlıyorum"; "gevşeğim, evde bitkin, cevapsız kalıyorum."

Yorgunluk ya da enerji yitimi (% 85): "Çok yorgunum, ama uyumayı başaramıyorum"; "kendimi zayıf hissediyorum, içim boşalmış hissediyorum, açıkça boşalmış. Kendimi iyi hissetmediğimde hiç dermanım olmuyor. Tek yaptığım şey ağlamak"; "sürekli yorgunum, canım çıkmış bir haldeyim"; "ne yapsam çaba gerekiyor."

Değersizlik ya da suçluluk duygusu (% 51): "Tamamen değersiz olduğumu düşünüyorum"; "kendimi kabul edemiyorum, aptal hissediyorum, kendimden hoşlanmıyorum, kendimi yetersiz hissediyorum, kendimi niteliksiz buluyorum"; "hiç değerim yok, değmez, çabaya değmem, benim için yorulmaya değmez"; "genel olarak kendimi

kötü hissediyorum"; "kendimi haksız yere suçluyorum ve kimi zaman öyle çok suçluyorum ki"; "kendimi suçlu hissediyorum çünkü anne babamın boşanmasından ben sorumluyum."

Düşünme, yoğunlaşma güçlükleri ya da kararsızlık (% 82): Yoğunlaşma güçlükleri vakaların % 30'unda saptanmıştır ("yoğunlaşamıyorum; daha önce sınıfın birincisiydim"; "özellikle şu an bellek sorunlarım var; bir şey yapmak istediğimde, 5 dakika sonra, ne yapmak istediğimi bilmiyorum"; "hatırlamakta güçlük çekiyorum, her şeyi unutuyorum"); vakaların % 52'sinde sıklıkla kararsızlık belirtilmiştir ("çok kararsızım, bir karar almam gerektiğinde durum dehşete dönüyor").

Tekrarlanan ölüm düşünceleri, tekrarlanan intihar fikirleri, intihar teşebbüsleri ya da belirgin projeler (% 51): hastaların % 36'sı intihar fikrini ifade etmiştir ("Genellikle ertesi gün uyanmamayı arzuluyorum, çok kolay olur bu"; "intihar etmek istiyordum, hapları hazırladım, daha az acı verici"; "5. kattan kendimi atacaktım, masanın üzerine çıktım, pencerenin yanına"); hastaların % 15'i intihara teşebbüs ettiklerini söylemektedir.

C) *Ergenliğin özellikleri.* – Ergenin bu majör depresyonlarının yetişkin ve çocuğun majör depresyonlarıyla karşılaştırılması pek az semptomatik farklılık gösterir: Friedman ve diğerlerinin incelemesinde, ergenlerle genç yetişkinler (sırasıyla ortalama olarak 16,3 ve 25,8 yaşlarında) arasında semptom sıklığının anlamlı tek farklılığı kendine acımayla ilgilidir (% 4'e karşılık % 33). Ryan ve diğerlerinin incelemesi, çoğu semptomda çocuklarla ergenler arasında

belirgin bir sıklık ya da ciddiyet farklılığı görmez. Bununla birlikte, ergenlerde daha az çöküntü (% 64'e karşılık % 47), bedensel şikayet (% 86'ya karşılık % 66), psikomotris ajitasyon (% 76'ya karşılık % 61) ve daha da fazla umutsuzluk (% 46'ya karşılık % 68), daha fazla aşırı uyku (% 16'ya karşılık % 34), kilo yitimi (% 16'ya karşılık % 34), kilo alma (% 14'e karşılık % 23) görülür; bu farklılıklar hem semptomların sıklığı bakımından hem de ciddiyeti bakımından önemlidir. Mitchell'in incelemesinde, tek önemli farklılık ergende çocuktan daha sık görülen aşırı uykudur. Yorbik ve diğerleri (2004), mizaç rahatsızlıklarının kliniğinde tanısı konmuş depresif rahatsızlıktan muzdarip 715 ergen ile 201 çocuğu karşılaştıran majör depresyonların en büyük semiyolojik incelemesini sunmuştur. Keza, çocuk ile ergen arasında pek az farklılık saptamışlardır: Ergenler çocuklardan daha sık olarak üzüntü ve umutsuzluk (% 54'e karşı % 72), enerji eksikliği ve yorgunluk (% 69'a karşılık % 84), aşırı uyku (% 14'e karşılık % 36), kilo yitimi (% 7'ye karşılık % 22), ciddi intihar vakaları (% 10'a karşılık % 26) ifade ediyorlardı. Cinsiyetler arasında da pek az fark vardı: Ergen kızlar ergen oğlanlardan daha sıklıkla iştah artışı (% 16'ya karşılık % 29), intihar fikri (% 63'e karşılık % 76), son bir yıl içinde bir intihar teşebbüsü (% 30'a karşılık % 45) gösteriyorlardı. Ergen depresyonlarının üç özelliğini vurgulamak gerekir, çünkü tanı güçlüklerine katılabilirler. Öncelikle depresif görünümün nispi enderliğine vurgu yapmak gerekir: Hiçbir ergenin ciddi olarak çökmüş bir görünümünün olmadığı ve yalnızca 16'sının ılımlı ve % 30'unun hafif olduğu Ryan dizisinin % 53'ünde depresif görünüm yoktur. Yorbik ve diğerlerininkinde, depresif

görünüm majör depresyonların yalnızca % 82'sinde gözlemlenmiştir. Çoğu durumda ergenler, güçlüklerinden ya da üzüntülerinden söz ettiklerinde çökmüş görünürler. Bu çökmüş görünüm incelemecinin tutumuna duyarlı olabilir, ilgi ve destek ifadesiyle iyileşebilir. Yetişkinin tersine, –ama çocuklar gibi– ergenlerin çoğu üzüntülerini kendiliğinden ifade etmezler (Jeammet, 1985). Ergen, ilgisiz ya da düşman olmasından kaygı duyduğu ya da kendisini anlamayabileceğinden, kabul etmek ya da yardım etmek istemeyebileceğinden korktuğu terapi uzmanından çekindiği için; dayanılmaz ya da değersizleştirici duygularla acı verici karşılaşmadan kaçınmak için; ilgi çekici olmamak, değersiz ya da kötü görünmekten kaçınmak için; aşmak istediği bir bağımlılığı kabullenmek zorunda kalmamak için; bağımlılık ihtiyaçlarının yoğunluğundan ve terapi uzmanı tarafından bunların ketlenmesinden duyduğu korkuyla, kendi depresif yaşantısı hakkında susabilir. Ergen, çöküntü halinde olduğunun farkında olmayabilir ve bu çöküntüyü kabullenmekteki yeteneksizliği depresyonun inkârına varabilir. Terapi uzmanının sunduğu destek ergenin bu depresif yaşantıyla yüz yüze gelmesini ve sözelleştirmesini sağlayabilir.

Ergenin inkâr, yansıtma mekanizmalarıyla, edime geçişlerle ya da pasif-agresif tutumlarla depresif duygulanımları boşaltması vakidir. Ergenin depresif yaşantısı, ergen kendini ifade ettiğinde, genellikle atipik bir biçimde, boşluk, sıkıntı, ilgisizlik, belirsiz rahatsızlık, yalnızlık ve terk edilme duygularıyla, sevilmeme, anlaşılmama ya da reddedilme izlenimiyle ifade bulur. Nihayet, görünüş oldukça ender depresif olsa da ve ergen çöküş içinde olmaktan

doğrudan doğruya şikayet etmese de, öfkelilik genellikle söyleşi sırasında, özellikle somurtkan bir çekingenlikle ve inceleyen kişiyi depresyon araştırmasından caydıracak zıt tutumlarla kendini gösterebilir.

Genellikle aldatıcı bu tutum, maskeli depresyon kavramlarına elbette katkıda bulunmuştur. Aktif, empatik bir yaklaşım izleme zorunluluğu haklı görülür ve ergenin kendi depresif yaşantısını ifade etmesi mümkün kılınır. Başlangıçta yeterince açınlayıcı olmayan bu klinik görünümün ötesinde, yalnızca sistematik bir soruşturma, yetişkininkiyle kıyaslanabilir bu depresif semptomatolojiyi ortaya koyar.

2. Distimi. – DSM-IV'te, ılımlı bir depresif semptomatolojinin subkronik (ergenler için en az bir yıl; ve iki aydan fazla serbest ara olmadan) evrimiyle nitelenir ve çoğu zaman günün büyük bölümünde mevcut bir hüzün halinin damgasını taşır, en azından şu iki semptomla birlikte görülür: 1) iştahta düşüş ya da artış; 2) uykusuzluk ya da aşırı uyku; 3) yorgunluk ya da düşük enerji; 4) özsaygı zayıflaması; 5) düşük yoğunlaşma ya da karar alma güçlüğü; 6) karamsarlık. Distimi, aynı zamanda, ergen açısından ciddi bir düzensizlik olabilir ve okula uyumunda, toplumsal ve ailevi uyumunda etkileri görülebilir, keza majör bir depresyona evrilebilir. Distimi genellikle ergende majör depresyonla birlikte görülür (ikili depresyon) ve önceden mevcut başka rahatsızlıklarla da birliktedir; bunlar özellikle kaygı ya da davranış bozukluklarıdır. Ergenlerin ikili depresyonları, psikososyal uyum konusundaki majör depresyonlardan ya da birle-

şik olmadıkları durumlarda distimilerden önemli ölçüde yüksek etkisiyle nitelenir. Majör depresyonlar ve tek tek distimilerin benzer etkileri vardı.

3. Depresif mizaçla uyum sorunu. – Tanımlanabilir bir psikososyal stres faktörünün başlattığı, semptomatolojisi ve süresi bakımından sınırlı minör bir reaksiyonel depresyona denk düşer.

4. Spesifikleşmemiş depresif rahatsızlık. – Depresif semptomların sayı, yoğunluk ve süre bakımından yetersiz olduğu ve bir strese bağlı olmadığı vakaları özellikle karşılayabilen kalıntı bir kategori oluşturur. Subklinik ya da subsendromik depresyonu değerlendirmek önemlidir, çünkü majör bir depresif epizottan önce ya da sonra gelebilir ve olumsuz bir psikososyal etkiyle birlikte görülür. Bu subklinik depresyonların teşhis ve tedavisi amaçlanmalıdır çünkü bu ergenler majör bir depresyonun gelişme ya da tekrarlama yönünde yüksek riske maruzdurlar.

V. – Komorbidite

1. Depresyon ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklar. – Klinik örnekler üzerindeki incelemeler gibi epidemiyolojik incelemeler, ergende depresif semptomaloji ile diğer psikopatolojik rahatsızlıkların birlikte görülme sıklığını ortaya koymuştur. En sık rastlanan birleşik rahatsızlıklar, kaygı rahatsızlıkları, davranış rahatsızlıkları ve psikoaktif maddelere bağlı rahatsızlıklardır.

A) *Ergende depresyon ve kaygı rahatsızlıkları.* – Ayrılık kaygısı, ergenin majör depresyonlarına genellikle bağlıdır; Ryan ve diğerleri (1987) için vakaların % 37'sinde, Geller ve diğerleri (1985)[13] için vakaların % 48'inde –burada, ayrılık kaygısı depresyonu izlemiştir– ve Mitchell ve diğerleri için vakaların % 44'ünde görülür. Ryan ve Mitchell ergenin majör depresyonları arasında % 20 ve % 8 genelleşmiş kaygı, % 27 ve % 20 fobi, % 11 ve % 10 obsesif-kompülsif sendrom bulurlar. Kaygı, çöküntü halindeki ergende intihar riskine katkıda bulunuyor olabilir (Ghaziuddin ve diğerleri, 2000).[14]

B) *Depresyon ve davranış bozuklukları.* – Saldırganlığa ergen depresyonlarında sık rastlanır: hastaneye yatırılan ya da konsültasyon altına alınan çökmüş ergenlerin klinik örneklerinde, Knox ve diğerleri (2000)[15] sözel saldırganlıkların ve fiziksel saldırganlıkların iki cinste de aynı sıklıkta olduğunu görürler. Okuldaki ya da toplumdaki işleyişi önemli ölçüde bozacak kadar ciddi davranış bozukluğu, Ryan dizisinde ergenlerde % 11, çocuklarda % 16 olarak

13) Geller B., Chestnut E. C., Miller M. D. ve diğerleri (1985), "Preliminary data on DSM-III associated features of major depressive disorder in children and adolescents," *American Journal of Psychiatry*, 142, 643-644.

14) Ghaziuddin N., King C.A., Naylor M. W. ve diğerleri (2000), "Anxiety contributes to suicidality in depressed adolescents", *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 611-618.

15) Knox M., King C., Hanna G. L. ve diğerleri (2000), "Agressive behaviour in clinically depressed adolescents", *Journal of theChild and Adolescent Psychiatry*, 39, 611-618.

görülür. Geller'in incelemesinde antisosyal davranışlar ergenlerde % 35 ve çocuklarda % 11 olarak belirtilir; burada, bütün vakalarda antisosyal tutumlar depresyon başladıktan sonra görülür. Tersine, suça eğilimli ergen nüfus incelemeleri yüksek bir depresyon sıklığı göstermektedir: 13, 14 ve 15 yaşlarındaki suça eğilimli 120 ergendeki majör depresyonların % 23'ünde (Chiles ve diğerleri, 1980).[16] Bu sonuncu incelemede ergenler depresif duygulara gösterdikleri tepkileriyle sorgulanmışlardır: Çöküntü içindeki ergenlerin % 60'ının hüzün ve sıkıntılarını yatıştırmak için uyuşturucuya (esasen marihuana) ve alkole başvurduğu, % 35'inin ise depresif duygularıyla baş edebilmek için heyecan verici, tehlikeli ya da yasadışı faaliyet peşinde koştuğunu belirttiği bilinmektedir. Depresif duygulara bu türden cevap, çöküntü yaşamayan suça eğilimlilerde daha az sık rastlanan bir durumdu (% 13'e karşılık % 12). Bu gözlemler çöküntü içindeki ergenlerin, depresif etkileri azaltmak için bilinçli olarak alkol, uyuşturucu kullanabileceğini ya da eyleme geçebileceklerini göstermektedir. Bir davranış bozukluğu sergileyen çöküntü içindeki ergenler, daha olumsuz psikososyal tanıya sahip olma eğilimindedirler. Pliszka ve diğerleri (2000)[17] 11-17 yaşlar arasındaki mahkûm edilmiş suça eğilimli 50 ergen

16) Chiles J. A., Miller M. L., Cox G. B. (1980), "Depression in an adolescent delinquent population", *Archives of General Psychiatry*, 37, 1179-1184.

17) Pliszka S. R., Sherman J. O., Barrow V. ve diğerleri (2000), "Affective disorder in juvenile offenders: a preliminary study", *American Journal of Psychiatry*, 157, 130-132.

arasında (45 oğlan çocuğu, 5 kız) % 42 oranında mizaç bozukluğu bulmuşlardır, bunların % 20'si majör depresyondur, % 20'si mani ve % 2'si o zamana dek gözardı edilmiş olan bipolar rahatsızlık sürekliliğinden kaynaklı karma durumlardır.

C) *Depresyon ve psiko-aktif uyuşturucu kullanımı.* – Çöküntü halindeki ergenler genellikle depresyonlarını yatıştırmak için alkole ve uyuşturuculara başvurduklarını belirtirler (Chiles ve diğerleri, 1980; Friedman ve diğerleri, 1983). Bu kullanımın anti-depresif işlevinin bilincinde olabilirler: "Şimdi çok sık içtiğim oluyor, acı çekmemek için içiyorum; içtiğimde daha az efkârlanıyorum; esrar içiyorum, ama herkes içiyor, uyuşturucu değil bu." Tersine, düzenli olarak psiko-aktif madde kullanan ergenler sıklıkla çöküntü geçirir. Rao ve diğerleri (1999)[18] 28 ergen majör depresyonunun gelişimini 7 yıl boyunca inceleyerek, vakaların % 35'inde psiko-aktif bir maddeye bağlı rahatsızlığın ortaya çıktığını saptamışlardır. Uyuşturucu kullanımı geliştiren çöküntü halindeki hastaların başlangıçtaki tek anlamlı özelliği kaygıya bağlı rahatsızlıklarda görülen büyük sıklıktır (% 24'e karşılık % 67). Eyleme geçişler, suça eğilimli davranışlar, alkol ve uyuşturucu kullanımı, ergenin takılıp kalacağı depresyona karşı mücadelenin araçları olarak görülebilir. Ergen depresyonlarının izinin sürülmesi

18) Rao U., Ryan N. D., Dahl R. E. ve diğerleri (1999), "Factors associated with the development of substance use disorder in depressed adolescents", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1109-1117.

ve tedavisi, uyuşturucu kullanımını, alkolizmi, keza suça eğilimliliği önleyici öğelerden biridir.

D) *Kişilik bozuklukları.* – Ergenin majör depresyonları, genellikle kişilik bozukluklarıyla birlikte görülür, özellikle de sınır kişilikte: Grilo ve diğerlerinin (1997)[19] psikoaktif maddelere bağlı bozukluklar olmadan klinik tedavi altına alınmış çöküntü içindeki ergenler incelemesinde, kişilik rahatsızlıklarıyla birlikte komorbidite % 56'ya yükselir, ki bunun % 9'u cluster A kişiliktir, esasen paranoid kişiliklerdir (% 7); % 33'ü cluster B kişiliktir, esasen sınır kişilikler (% 31) ve histrionik kişiliklerdir (% 9); % 31'i cluster C kişiliktir (% 22 pasif-agresif kişilik, % 9 kaçınıcı kişilik, % 7'si bağımlı kişilik, % 2'si obsesyonel kişilik). Ergende sınır kişilik tanısı ihtiyatlı bir çekinceyi gerektirir. Ergende kalıcı depresyon bir sınır durumu taklit edebilir. Depresyon, itkisellik, öngörülemezlik, duyusal istikrarsızlık, kişiler arasında yoğun ama istikrarsız ilişki tarzı, kimlik belirsizliği gibi sınır kişiliğin kriterleri olan ve ergenlikte olağan bazı tutumları aktive edebilir. Ergenlik depresyonlarının klinik tablosu boşluk ve sıkıntı duygularının, tez öfkelenirliğin ve öfkelerin egemenliğinde olabilir. Yalnızlığa katlanamama toplumsal tecridin yerine geçebilir. Eyleme geçiş, uyuşturucu kullanımı ve alkolizm, yoğun ve istikrarsız ilişkiler, nahoş cinsel ilişkiler depresyona karşı mücadelenin araçları olabilir.

19) Grilo C. M., Walker M. L., Becker D. F. ve diğerleri (1997), "Personality disorder in adolescents with major depression, substance use disorders, and coexisting major depression and substance use disorders", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 328-332.

E) *Depresyon, zihinsel anoreksi ve bulimi.* – Depresyon sıklıkla beslenme tutumundaki bozukluklarla, anoraksiyle olduğu kadar bulimiyle de birlikte görülür. Zihinsel anorekside depresif semptomlar genellikle beslenmemeye bağlıdır ve kilo almayla birlikte düzelebilir ve yok olabilir.

2. Depresyon ve organik rahatsızlıklar.

A) *Organik bir hastalığı karmaşıklaştıran depresyonlar.* – Kronik hastalıklardan ya da fiziksel sakatlıklardan muzdarip ergenlerde depresyonların sıklığına çok sayıda belirlenim etkide bulunur.

VI. – Evrim

1. Depresif bir epizotun evrim süresi. – Tedaviye yönelen ergenlerin depresif epizotlarının ortalama süresi yaklaşık 7-9 aydır, genel popülasyondan çöküntü içindeki ergenlerinki 1-2 aydır (AACAP, 1998). Majör depresyonların yaklaşık % 90'ı başlangıçlarından bir ya da iki yıl sonra hafifler. Uzun sürmüş bir evrimin habercisi öğeler, 15 yaşından önceki erken bir başlangıç, depresyonun ciddiyeti ve psikososyal işleyiş bozukluğunun önemi, intihar fikirlerinin varlığı, psikiyatrik bir komorbiditenin ya da bir kişilik bozukluğunun mevcudiyeti, olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma, anne babada psikiyatrik bozuklukların varlığıdır. Dunn ve Goodyer (2006)[20] klinik ve topluluk olarak

20) Dunn V., Goodyer I. M. (2006), "Longitudinal investigation into childhood and adolescence-onset depression: psychiatric outcome in early adulthood", *British Journal of Psychiatry*, 188, 216-222.

iki örneklemede depresyonların gelişimini karşılaştırdılar: ortalama 8 yıl boyunca 113 kişi takip edildi. 2 yıl, klinik grubun % 50'si ve topluluk grubunun % 8'i hep çöküntü halindeydi. Takibin sonunda, klinik grubunun % 22'si ve topluluk grubunun % 8'i sekiz yıl boyunca gerileme görülmeksizin kalıcı bir depresyon gösteriyordu. Bir başka inceleme, 533 ergenle 15 ay aralıkla internet üzerinden gerçekleştirilen bir mülakat değerlendirildi. Majör depresyon kriterlerine karşılık veren (% 18) 90 ergen arasında % 24'ü ikinci dereceden majör depresyon tanısına cevap veriyordu, % 27'si bir başka psikiyatrik rahatsızlık ölçütlerine ve % 49'u hiçbir tanı almıyordu (Essau, 2007).[21] Bu incelemeler ergenlerin majör depresyonlarının uzun sürmüş evriminin sıklığını göstermektedir.

2. Sonraki gelişme ve olumsuz yan etkileri. – Uzun vadeli evrim, hastalığın nüksetmesinin, depreşmesinin ve komplikasyonların sıklığıyla kendini gösterir: intihar tutumlarının, psikoaktif maddelere bağlı rahatsızlıkların, fiziksel hastalıkların, erken hamileliklerin, olumsuz yaşam olaylarının, psikososyal ve okul işleyişindeki rahatsızlıkların yüksek riski. Weissman ve diğerleri (1999)[22] 10-15 yıl boyunca çöküntü halindeki 73 ergeni ve 37 kontrol dene-

21) Essau C. A. (2007), "Course and outcome of major depressive disorder in non-referred adolescents", *Journal of Affective Disorders*, 99, 191-201.

22) Weissman M. M., Wolk S., Goldstein R. B. ve diğerleri, "Depressed adolescents grown up", *Journal of the American Medical Association*, 1999; 281: 1707-1713.

ğini takip ettiler. Çöküntü halindeki ergenlerin gelişimi, 1980-85 yıllarının tavsiyelerine uygun bir başlangıç tedavisine rağmen, bireysel ya da grupsal terapilere ve/veya üç-döngülü tedavilere rağmen, ergen depresyonları teşhisinin ciddiyetini doğruladı: % 8 intihar; 5 kez daha fazla intihar teşebbüsü; % 49 majör depresyonların nüksetmesi; psikiyatrik ve tıbbi klinik bakım, toplumsal, mesleki ve ailevi işleyiş bozuklukları oranında artış.

A) *Nüksetme ve depreşme.* Gerçekleştirilen değerlendirme incelemeleri ergenlikteki ve yetişkinlikteki nüksetme ve depreşmelerin sıklığını ve bu durumun vakaların yaklaşık % 50-70'ine eriştiğini gösterdi (AACAP, 1998). Yetişkinliğe dek uzanan uzun süreli incelemeler majör depresyonların depreştiğini, aynı zamanda subklinik depresyonların evriminde majör depresyonların meydana geldiğini de gösterdi. Depresyon evveliyatı olan 564 kişiden oluşan bir topluluk örneklemesinin 16-24 yıl boyunca takibi, kişilerin % 40'ında en azından bir kez tekrar, % 14'ünde iki kez tekrar ve % 6'sında 3 ve daha fazla tekrar saptamıştır. Ergen kızlarda nüksetme sıklığı daha fazladır (Lewinsohn ve diğerleri, 2003).[23] Dunn ve Goodyer'in incelemesinde (2006), 8 yıllık takip süresi boyunca, nüksetme sıklığı gerileme gösteren klinik grup kişilerinde % 44, gerileme gösteren topluluk grubu kişilerinde % 52 idi. Le-

23) Lewinsohn P. M., Pettit J. W., Joiner T. E. ve diğerleri (2003), "The symptomatic expression of major depressive disorder in adolescents and young adults", *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 244-252.

winsohn ve diğerleri (1999)[24] çöküntü içindeki genç yetişkin ve ergenlerde süreci izlediler; ergenlik boyunca takip edilen 4 ergen grubu 24 yaşında yeniden değerlendirildi. Majör depresyon geçiren 261 ergenin gelişimi, majör depresyon kriterlerini karşılamayan yoğunlukta depresif mizaçla birlikte bir uyum sorunundan etkilenen bir grup ergenle, depresif olmayan psikiyatrik evveliyatlı bir grupla ve psikiyatrik rahatsızlığı olmayan bir kontrol grubuyla karşılaştırıldı. Çöküntü içinde olan ergenler, yetişkinlik yaşında, başka psikiyatrik evveliyatları olan gruptan ve kontrol grubundan belirgin biçimde yüksek yıllık depresyon oranıyla ayrılıyordu (% 6 ve % 4'e karşılık % 9). Depresif olmayan psikiyatrik evveliyatları olan grubunkine benzer başka psikiyatrik rahatsızlık oranları vardı. Depresif uyum sorunu olan ergenler, yetişkinlik yaşında, ergenlikte majör depresyon evveliyatı olanlarla aynı majör depresyon ve depresif olmayan rahatsızlık oranı gösteriyorlardı. Majör depresyon ve subsendromik depresif rahatsızlık tanıları bu incelemede benzer gözükür. Pine ve diğerleri (1999)[25] 776 kişinin takibi sonucu, ergenlikteki subklinik depresif sendrom ile yetişkinlikteki majör depresyon arasındaki bu birliği bulmuşlardır. Fergusson ve

24) Lewinsohn P. M., Rhode P., Klein D. N. ve diğerleri (1999), "Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 56-63.

25) Pine D. S., Cohen E., Cohen P. ve diğerleri (1999), "Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder?", *American Journal of Psychiatry*, 156, 133-135.

diğerleri (2005),[26] 17. yılda tanı konmuş (DSM-IV'e göre tanımlanmış) subklinik depresyonların, genç yetişkinlik döneminde (18-25 yaş) şiddetlenmiş majör depresyon, kaygı bozuklukları, intihar fikri ve teşebbüsleri riskine bağlı olduğunu ve bunun da 17. yıldaki majör depresyon takibinde görülenlere benzer olduğunu gösterdiler. Bu incelemeler, ergenlerdeki subsendromik depresif semptomların normal bir olgunlaşma sürecinin ifadesi olarak ille de kabul edilemeyeceğini göstermekte elbirliği etmektedirler.

Lewinsohn ve diğerleri (2000)[27] ergenlikte majör depresyon geçirmiş 274 kişinin uzun süreli incelenmesiyle, yetişkinlik çağının ilk yıllarında (19-24 yaş) öngörülebilir nüksetme öğelerini belirttiler. Bu risk faktörleri şunlardır: dişi cinsiyet, ergenlik boyunca depresif depreşmeler, ailede yinelenen depresyon evveliyatı, sınır kişilik semptomlarının yüksek derecede varlığı, oğlan çocukları için negatif atıfların bilişsel tarzı ve kızlar için ebeveynle çatışma.

B) *Kalıntılar*. – Çöküntü içindeki ergenler psikoaktif madde kullanma, negatif yaşam olaylarına maruz kalma, fiziksel hastalıklar, erken hamilelikler, psikososyal alanda ve okulda işlev bozuklukları riskine maruz kalırlar (Birmaher ve diğerleri, 1996). Psikososyal güçlükler genellikle

26) Fergusson D. M., Horwood J., Ridder E. M. ve diğerleri (2005), "Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood", *Archives of General Psychiatry*, 62, 66-72.

27) Lewinsohn P. M., Rhode P., Seeley J. R. ve diğerleri (2000), "Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adulthood", *American Journal of Psychiatry*, 157, 1584-1591.

depresyonun gerilemesine rağmen varlığını sürdürür (Rao ve diğerleri, 1999). Psikanalitik yaklaşım, depresif semptomatolojinin, bir kişilik rahatsızlığının örgütlenmesine doğru gelişim sapması pahasına yatışabileceğini ve yok olabileceğini vurguladı. 551 ergeni 9 yıl boyunca takip etmiş olan Kasen ve diğerlerinin incelemesi (2001),[28] ergenlikteki depresyon tanısının, 21 yaşında bağımlı, antisosyal, pasif-agresif ve histrionik kişilik rahatsızlıkları riskini artırdığını saptayarak bu ilişkiyi doğruladı. Antisosyal kişilik riskinin çok yüksek olması, ergenlikteki davranış bozuklukları evveliyatından geniş ölçüde bağımsızdı. Örneğin psikiyatrik komorbidite, ailevi işlev bozuklukları ve ebeveyn psikopatolojisi, elverişsiz sosyoekonomik ortam, fiziksel hastalık, olumsuz olaylara maruz kalmak gibi, depresyondan başka öğeler de psikososyal işlev bozukluğu belirlenimlerine katılabilir. Fombonne ve diğerleri (2001),[29] davranış bozukluklarıyla birlikte gelişen 53 ergen depresyonu ile davranış bozukluğu olmayan 96 depresyonun gelişimini 20 yıl sonra karşılaşırdılar. Majör depresyonların nüksetme oranı (% 63'e karşılık % 60) her iki grupta da benzerdi. Davranış bozukluğu olan grupta suç işlemeden dolayı mahkûmiyet oranı daha yüksekti (% 16'ya karşılık % 40), uyuşturucu kullanımı ve bağımlılığı (% 1'e karşılık % 28), alkolizm (%

28) Kasen S, Cohen P., Skodol E. ve diğerleri, "Childhood depression and adult personality disorder: alternative pathway of continuity", *Archives of General Psychiatry*, 2001; 58: 231-236.

29) Fombonne E., Wostear G., Coper V. ve diğerleri, "The Maudsley longterm follow-up of child and adolescent depression. Psychiatric outcomes in adulthood", *British Journal of Psychiatry*, 179, 210-217.

26'ya karşılık % 43), antisosyal kişilik (% 1'e karşılık % 45), intihar teşebbüsleri (% 32'ye karşılık % 66) ve genelleşmiş toplumsal işlev bozuklukları (% 37'ye karşılık % 65) daha yüksekti.[30]

VII. – Melankolik ve psikotik depresyonlar ve bipolar rahatsızlıklar

Ergenin melankolik ve psikotik depresyonları, bunların, uzun süreli incelemelerin belirtmeye imkân tanıdığı bipolar rahatsızlıklarla ilişkileri sorunlarını ortaya koymaktadır.

1. Melankolik ve psikotik depresyonlar. – DSM-IV majör depresyonlar, melankolik türde depresyonlar ve psikotik nitelikte depresyonlar arasında ayrım yapar. Melankoli ile psikotik depresyonlar, klinik incelemelerde, ergenin majör depresyonlarının önemli bir bölümünü temsil eder.

A) *Melankolik türde majör depresyon.* – DSM-IV bütün (ya da hemen hemen bütün) etkinliklerde bir ilgi ve haz yokluğu ya da genellikle hoş olan olaylara tepki yokluğu ve şu 3 kriteri ileri sürer: 1) melankolik olmayan depre-

30) Fombonne E., Wostear G., Coper V. ve diğerleri, "The Maudsley longterm follow-up of child and adolescent depression. Suicidality, criminality and social dysfunction in adulthood", *British Journal of Psychiatry*, 179, 210-217.

sif epizotlardan farklı olarak, ayırt edici depresif mizaç; 2) depresyonun sabahları şiddetlenmesi; 3) vakitsiz uyanma; 4) psikomotris durgunluk ya da ajitasyon; 5) anoreksi ya da önemli kilo yitimi; 6) aşırı ya da yersiz suçluluk duygusu. Tanımı melankolinin tanımına yakın olan RDC'lerin endojen depresyonları, majör depresyonların önemli bir oranını temsil eder (Strober ve diğerleri, 1981; Friedman ve diğerleri, 1983; Geller ve diğerleri, 1985; Ryan ve diğerleri, 1987). Yorbik ve diğerleri (2004) yüksek bir melankoli düzeyi saptamışlardır, majör depresif rahatsızlıklardan etkilenen çocuklarda % 48 ve ergenlerde % 59 oranı saptamışlardır.

B) *Psikotik karakteristiklerle majör depresyon.* – Ergen melankolisi Esquirol'a göre sayıklama ve sanrılara eşlik ediyorsa, bu semptomlar, daha kısa süre öncesine kadar bir ergeni şizofren kabul etmeye yetiyordu. DSM-IV, uyumsuzluk, suçluluk duygusu, hastalık, ölüm, nihilizm ya da hak edilmiş ceza gibi tipik depresif temalara uygun içeriklerle birlikte "mizaca uygun" veyahut kıyım, etki, düşünce saplantısı ya da kafa dağınıklığı gibi "mizaca uygun olmayan" çılgınca fikirlerle ve sanrılarla birlikte görülebilen psikotik depresyonların varlığını kabul eder. Mizaç bozukluklarının olmadığı durumda çılgınca düşünce ve sanrılar, evrimin hiçbir anında iki haftadan fazla sürmemelidir. Strober ve diğerleri için (1981) çılgınlık temaları yetişkinde ve ergende aynıdır. Ergenin majör depresyonları arasında bu psikotik depresyonların oranı nispeten yüksek gözükür: 40 ergenin % 13'ü (Strober ve diğerleri), 26 ergenin % 23'ü, buna karşılık 27 genç yetişkinin % 22'si (Friedman ve diğerle-

ri, 1983), 92 ergenin % 22'sine karşılık buluğ öncesi 85 çocuğun % 37'si (Ryan ve diğerleri, 1987), 50 ergenin % 22'sine karşılık 45 çocuğun % 31'i (Mitchell ve diğerleri, 1988). Yorbik ve diğerleri (2004) majör depresif rahatsızlık geçiren ergenlerin % 4,5'unda sanrılar ve % 2'sinde çılgınca fikirler saptamışlardır. Ryan'ın incelemesinde, psikotik depresyondan muzdarip ergenler, depresif mizacın sertliğiyle ve alkol ya da uyuşturucu kullanımındaki çok büyük sıklıkla diğerlerinden ayırt edilirler. Sanrılar (92 ergende % 21) çılgınca fikirlerden (% 7) daha sıktı; Mitchell'in incelemesinde bütün sanrılar işitseldi (% 22'ye % 6). Psikotik depresyonlar şizofrenle birlikte bir tanı sorunu ortaya atarlar. Psikotik semptomlarla birlikte görülen ya da onlardan önce görülen depresif bir semptomatolojinin varlığı daima ergende depresyon tanısını anımsatmalıdır.

C) *Bipolar bir evrimin habercisi öğeler.* – Bipolar bir evrimin habercisi öğeleri belirtmek için Strober ve Carlson (1982)[31] majör depresyon nedeniyle klinik gözetim altında tutulan 13-16 yaş arasındaki 60 ergeni üç dört yıl boyunca takip ettiler: içlerinden % 20'sinde, bipolar bir evrime damgasını vuran manyak bir evre bu dönem boyunca gelişti. Bipolar evrimli majör depresyonlar, daha hızlı semptom başlangıcıyla, depresif mizacın daha ciddi olmasıyla, kendi kendine sitemlerle, bedensel kaygılarla, dikkat ek-

31) Strober M., Carlson G. (1980), "Bipolar illness in adolescents with major depression: clinical, genetic, and psychopharmacologic predictor in a three-to four-year prospective 1follow-up investigation", *Archives of General Psychiatry*, 39, 549-555.

sıklığı ve psikomotor yavaşlıkla ünipolar depresyonlardan ayırt ediliyordu. Mizaca uygun sanrılar ve çılgınca fikirler bipolar evrimli depresyonlarda daha sıktı (% 6'ya karşılık % 75). Buna karşılık sinirlilik, kendine acıma, talepler ve intihar eğilimleri büyük ölçüde daha az sıktı. RDC'lere göre tanımlanmış endojen tip bipolar evrime bağlı değildi. Ailede birinci ya da ikinci dereceden çöküntü içindeki en azından bir ebeveynin varlığı, bipolar ve ünipolar depresyonlarda sık rastlanan bir durumdu. Buna karşılık, ailede bipolar bir rahatsızlığın varlığı ya da art arda üç kuşakta depresyon görülmesi bipolar evrime bağlıydı. Son olarak, anti-depresanların yol açtığı hipomanyak dönüşümler daima bipolar bir evrimin ardından gelmiştir.

2. Bipolar rahatsızlıklar. – DSM-IV'ün bipolar rahatsızlıklar kategorisi karma, manyak ve depresif bipolar rahatsızlıkları, siklotimiyi ve atipik bipolar rahatsızlıkları bir araya getirir. Karma, manyak ve depresif bipolar rahatsızlıklar, gelişimde manyak semptomatolojinin belirgin olduğu en azından bir epizotun ortaya çıkmasıyla nitelenir ve bunlar bipolar I rahatsızlığına denk düşerler. Atipik bipolar rahatsızlıklar örneğin bipolar II rahatsızlığını (en azından bir majör depresif epizot ile en azından bir hipomanyak epizotun birbirini izlemesi) ve bipolar III rahatsızlığını (bir anti-depresanın yol açtığı geçici hipomanyak dönüşüm) kabul eden kalıntısal bir kategoridir. Epidemiyolojik incelemeler, yetişkin nüfusun yaklaşık % 1'inin bipolar I rahatsızlıktan şu an ya da vaktiyle etkilenmiş olduğunu göstermektedir. Depresyonlardan farklı olarak, bipolar rahatsızlık her iki cinsiyette de aynı sıklıkta gözükür. Epi-

demiyolojik veriler bipolar rahatsızlıkların yaklaşık üçte birinin ergenlikte başladığını belirtir. Bununla birlikte, ergenlikte bipolar rahatsızlıkların tanınması nispeten ender bir durumdur. Bunlar gerçekten de sıklıkla tanı hatasına yol açarlar; bunun nedeni, bir yandan, klinik görünümlerinin genellikle atipik niteliğidir, diğer yandan normal ergenliğin duyumsal istikrarsızlığının öneminin aşırı değerlendirilmesidir. Majör depresif epizotlarla hipomanyak epizotların birbirini izlediği bipolar II rahatsızlık ergende bipolar I rahatsızlıktan daha sıktır ve genellikle tanınmaz. Hızlı ya da aşırı hızlı döngülü bipolar rahatsızlıklar yıl içinde birçok mizaç rahatsızlığı evresinin damgasını taşırlar ve ergende daha sıktırlar: tedavisi daha güçtür ve güçlü bir intihar riski içerir (Geller ve Luby, 1997).[32]

A) *Mani.* – DSM-IV'te mizacın en azından bir hafta boyunca (ya da işleyişe damgasını vuran etki durumunda herhangi bir süre) taşkın, aşırı ya da anormal biçimde ve sürekli öfkeli olduğu bir ya da birkaç evreyle nitelenir. En azından şu üç (mizaç eğer yalnızca öfkeliyse dört) semptomun da bir arada olması gerekir, ki buradaki yoğunluk uyumu bozmak için yeterlidir: 1) kendine abartılı değer verme, çıldırtıcı olabilecek büyüklük fikirleri; 2) uyku ihtiyacının azalması; 3) gevezelik ya da sürekli konuşma ihtiyacı; 4) fikirlerin uçuşması; 5) dikkat toplayamama; 6) (toplumsal, mesleki ya da cinsel) hiperaktivite ya da ajitasyon; 7) düşüncesizce alışve-

32) Geller B., Luby J. (1997), "Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36-1168-1176.

riş, cinsel utanmazlık gibi zararlılığı hasta tarafından kabul edilmeyen faaliyete aşırı yoğunlaşma... Psikotik semptomlar ergen manisinde sıktır. Ergen manisi, yetişkinde de olduğu gibi, depresif semptomlarla birlikte görülebilir: bu karma durumlara ergenlikteki bipolar rahatsızlıklarda sıklıkla rastlanır (Geller ve Luby, 1997).

B) *Siklotimi.* – DSM-IV, bu durumu, ergen için, mani kriterlerine denk düşmeyen anormal biçimde aşırı, taşkın ya da öfkeli çok sayıda mizaç evresinin ve depresif mizaçlı ya da majör depresyon kriterlerini yerine getirmeyen ilgi ve zevk yitimli çok sayıda evrenin en azından bir yıl boyunca tekrarı olarak tanımlar. Hipomanyak ya da depresif semptomlar üç aydan uzun süre boyunca yok olmaz. Hipomanyak dönemler en azından şu 3 semptomla birlikte görülür: 1) uyku ihtiyacının azalması; 2) her zamankinden daha fazla enerji; 3) kendine aşırı güven; 4) hastanın kendi kendine dayattığı alışılmadık çalışma saatleriyle birlikte artan üretkenlik; 5) alışılmadık düşünce keskinliği ve yaratıcılık; 6) toplumsal ilişkilere yönelik bastırılmamış arayış; olası olumsuz sonuçlarının bilincine varmayan aşırı cinsel ilişki; 8) olumsuz sonuçlarını dert etmeden aşırı zevk arayışı (hesapsız harcamalar, tehlikeli motosiklet kullanımı...); 9) ajitasyon, 10) her zamankinden daha çalçene olmak; 11) aşırı iyimserlik; 12) yersiz kahkahalar, şakalar ya da sözcük oyunları. Akiskal'ın incelemesindeki[33] 10 ergen siklotimisi

33) Akiskal H. S., Down J., Jordan P. ve diğerleri (1985), "Affective disorders in referred children and younger siblings of manic-depressives", *Archives of General Psychiatry*, 42, 996-1003.

dinamizm ile istençsizlik, ajitasyon ile durgunluk, uykusuzluk ile aşırı uyku, sosyal ilişki arayışı ile tecrit, yaratıcı atılımlar ile faaliyetsiz evreler arasındaki gidiş gelişlerle nitelenir. Kısacası depresif ve hipomanyak evreler düzensiz biçimde birbirini izlerken genellikle çok hareketli bir yaşama yol açıyordu. Bu grupta depresif evreler baskındı. Ergenlikte hipomani ve siklotimi teşhisine ihtiyatla başvurulmalıdır. Ergenin hipomanyak tutumları depresif psişik gerçekliğin inkârını ifade edebilir (Jeammet, 1985).

II. Bölüm

BELİRLENİMLER: OLGULAR VE TEORİLER

Klinik incelemeler ve epidemiyolojik soruşturmalar ergen depresyonunun kişisel, ailevi, toplumsal ya da biyolojik bazı olgularla bir arada bulunduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar yine de çok sınırlıdır; hiçbirini dışlamayan eleştirel bir yaklaşımda mevcut teorik modellerle ihtiyatla karşılaştırılmalıdır.

I. – Olgular

Ayrılmaya ya da anlaşmazlığa bağlı olarak dışsal ya da içsel saldırganlığın artışına maruz kalan ailelerde ergen depresyonu genellikle ebeveynlerinkiyle birlikte görülür.

1. Ailevi depresyon.

A) *Klinik ve epidemiyolojik inceleme.* – Ebeveyn depresyonu ile çocukların depresyonunun genellikle birlikte görülmesi, çöküntü içerisindeki çocukların ebeveyninin ve

çöküntü içindeki ebeveyn çocuklarının psikopatolojik incelemesiyle ortaya çıkmıştır. Depresyonların bu aile içinde yoğunlaşması hem genetik faktörlere hem de çöküntü halindekilerin ebeveyn tutumlarının bozukluğuna gönderme yapmaktadır.

a) Çöküntü içindeki ergenlerin ebveynlerinin incelenmesi. – Çöküntü içindeki ergen ebeveynlerinde depresif rahatsızlıklara sık rastlanır. Ebeveyn psikopatolojisinin bu yüksek sıklığı tedavide dikkate alınması gereken önemli bir unsurdur. Klein ve diğerleri (2001)[1] genel nüfusu temsil eden bir ergen örneklemesinden yola çıkarak çöküntü halindeki ergenlerin ailesine yönelik en önemli incelemeyi gerçekleştirdiler. Majör depresyon evveliyatı olan 268 ergen ailesini, depresif evveliyatı olmayan başka psikiyatrik rahatsızlık (madde kullanımı, kaygı rahatsızlıkları ve davranış bozuklukları) evveliyatı olan 111 ergen ailesiyle ve psikopatolojik evveliyatı olmayan 291 ergen ailesiyle karşılaştırdılar: Birinci dereceden 2002 ebeveyn yarı yapılandırılmış bir mülakatla incelendi. Çöküntü içindeki ergenlerin aileleri daha yüksek mizaç rahatsızlıklarıyla niteleniyordu, özellikle majör depresyon (% 40) ve distimi (% 5) ama alkol kullanımı ve bağımlılığındaki hafif bir artış dışında başka rahatsızlıklar yok (kaygı rahatsızlıkları, psikoaktif madde kullanımı, antisosyal kişilik, sınır kişilik). Ailedeki depresif rahatsızlıkların bu sıklığı, depresyon açısından ele alınan ergen örneklemesinden yola çıkarak ger-

1) Klein D. N., Lewinsohn P. M., Seeley J. R. ve diğerleri (2001), "A family study of major depressive disorder in a community sample of adolescents", *Archives of General Psychiatry*, 58, 13-20.

çekleştirilen incelemelerde rastlanandan daha azdı. Kaygı rahatsızlıkları, psikoaktif madde kullanımı ya da davranış bozuklukları evveliyatı olan ergen aileleri bu rahatsızlıklarda daha yüksek bir sıklık gösteriyorlardı ama depresif rahatsızlık görülmüyordu. Bu inceleme ergen depresyonu ile birinci dereceden akrabalıktaki depresyon arasında güçlü ve spesifik bir birliktelik gösterir. Weissman ve diğerleri (2006)[2] ılımlılıktan ciddi olarak çöküntüye kadar ebeveyni olan 151 çocuğu 20 yıl boyunca (ortalama 35 yaşına kadar) gözlendi. Kaygı rahatsızlıkları, majör depresyonlar ve psikoaktif bir maddeye bağımlılık riskleri, ebeveyni çöküntü içinde olmayan çocuklardan bir denetim grubuyla karşılaştırıldığında üçe katlanmıştır.

Bu sonuçlar depresyonların ailevi toplaşmalarını doğrular ve psikopatolojinin aktarımında bir özgüllük belirtir. Ergen depresyonu için spesifik ailevi risk faktörlerinin varlığını gösterirler. Ergenlikte majör depresyon tanısının geçerliliğini kanıtlamaya katkıda bulunurlar.

b) Ebeveyni çöküntü içindeki çocukların incelenmesi. – Ebeveyni çöküntü içindeki ergenler sıklıkla çöküntü içindedirler. Çocukta depresyon riski ebeveyn depresyonunun bazı özellikleriyle, başlangıç yaşının erkenliğiyle, nükseden depresyonla, başka psikiyatrik rahatsızlıkların birlikteliğiyle, her iki ebeveynde de depresif ve/veya kaygı rahatsızlıklarının varlığıyla artar (Birmaher ve diğerleri, 1996). Çöküntü içindeki ebeveyn çocukları özelikle kaygı rahat-

2) Weissman M. M., Wickramaratne P., Nomura Y. ve diğerleri (2006), "Offspring of depressed parents: 20 years later", *American Journal of Psychiatry*, 163, 1001-1008.

sızlıkları ve davranış bozuklukları gibi başka psikiyatrik rahatsızlıklarda artış riskine de maruz kalırlar (Birmaher ve diğerleri, 1996). Ebeveyninde bipolar rahatsızlık olan çocukların incelenmesi daha enderdir. Chang ve diğerleri (2000)[3], bir ebeveyninde bipolar rahatsızlık olan 60 çocuk ve ergenden % 51'inin psikiyatrik bir rahatsızlığı olduğunu, genellikle hiperaktiviteyle birlikte dikkat eksikliği, majör bir depresyon, distimi ya da bipolar bir rahatsızlık saptamışlardır. Ebeveynde bipolar rahatsızlığın başlangıcı erken olduğunda bu bipolar rahatsızlıklara daha sık rastlanır. Bipolar ebeveynin hiperaktiviteyle birlikte dikkat eksikliği evveliyatı varsa, bipolar rahatsızlık riski artmıştır.

B) *Genetik incelemeler.* – İkizlerin ve evlat edinilmiş hastaların incelenmesi, genetik faktörlerin ve çevresel faktörlerin yetişkin depresyonlarının belirlenimine katıldığını göstermektedir. İkizlerin incelenmesi aynı zamanda ergen depresyonlarına genetik katkı ileri sürer.

C) *Çöküntü içindekilerin anne babalarının davranışlarının incelenmesi.* Genellikle dikkatsizlik, duygulanım yokluğu, ihmalkârlık, düşmanlık ve redle nitelenir. Ebeveynin davranış bozuklukları, psikiyatrik bir komorbiditenin sonucu olabilir, özellikle de kişilik rahatsızlıkları ve alkolizm depresyondan daha etkili olabilir.

3) Chang K. D., Steiner H., Ketter T. A. (2000), "Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 453-460.

2. Ergen depresyonlarına bağlı sosyal-ailevi unsurlar.

A) *Olumsuz yaşam olayları.* – Çöküntü geçirmemiş kişilerle kıyaslandığında, çöküntü içindeki ergenler önceki yıl içinde meydana gelmiş olumsuz yaşam olayını daha fazla aktarırlar; özellikle de okul yaşamında, arkadaşlarla ya da anne babayla ilişkilerde, aşk ilişkilerinde ve sağlık alanında bu görülür (Birmaher ve diğerleri, 1996). Bu olumsuz yaşam olayları kişiden bağımsız olabileceği gibi, depresyona bağlı uyumsuz davranışların sonucu da olabilir. Williamson ve diğerleri (1998)[4] depresyonun başında önceki yıl meydana gelen olumsuz yaşam olaylarını değerlendirmek için yapılandırılmış bir mülakat kullandılar: kontrol kişilerinin % 27'sine karşılık ergenlerin % 62'si ciddi bir olay yaşamıştı ve kontrol kişilerinde oran sıfırken % 50'si iki ya da daha fazla ciddi olay yaşamıştı. Bu saptamalar, majör bir depresyonun gelişimini önlemek için ciddi bir yaşam olayı meydana geldikten sonra erken müdahalenin zorunluluğunu gerektirir.

B) *Eşlerin anlaşmazlıkları ve boşanma.* – Ebeveyni çöküntü içindeki ergenlerin incelenmesi, depresyon riskinin ve diğer psikiyatrik rahatsızlıkların boşanmaya bağlı olmadığını, ama psikososyal uyum niteliği gibi, evlilikten ya da boşanmadan bağımsız olarak, anne baba arasındaki anlaşmazlık işaretleriyle bağlantılı olduğunu göstermiştir. Boşanmadan önceki ve sonraki çatışmalar boşanmanın

4) Williamson D. E., Birmaher B., Frank E. ve diğerleri (1998), "Nature of life events and difficulties in depressed adolescents", *Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1049- 1057.

sonuçlarını etkiler. Hammen ve diğerleri (1999), çöküntü içindeki ergenlerin ailelerinin incelenmesinde, % 37 oranında çiftler arası sorun saptamışlardır. Eşlerin anlaşmazlığı tedavide dikkate alınmalıdır.

C) *Ebeveynle ilişki.* – Kandel ile Davies'in geniş epidemiyolojik soruşturması (1982) 4 binden fazla ergeni ve anne babasını kapsamıştır ve depresif mizacın hem ebeveynle yakınlık eksikliğine hem de toplumsal tecride bağlı olduğu sonucuna varırlar. Ebeveynlerinden ziyade arkadaşlarına dayanan ergenler her iki tarafa da eşit ölçüde dayananlara kıyasla daha fazla çöküntü içerisindedirler. Otoriter ya da gevşek ailelerden ergenler, ebeveyn ile ergen arasındaki ilişkilerin demokratik modele daha yakın olduğu ailelerden ergenlere kıyasla daha fazla çöküntü içerisindedirler. Hammen ve diğerleri (1999) çöküntü içindeki gençlerin ebeveynleriyle ilişkilerinin, vakaların % 67'sinde fazlasıyla ya da ortalama düzeyde altüst olduğunu gözlemlediler. Bu ailelerin özelliği, çöküntü içindeki anneler gibi, düşmanlığın ve eleştirinin yüksek düzeyde olması, sevgi ve destek yokluğudur. Sheeber ve diğerlerinin incelemesi (1998)[5] depresif ergenlerin aileleriyle kontrol ailelerinin etkileşimlerini karşılaştırarak, ergen depresyonunun, ebeveyn cevaplarıyla güçlenmiş bir şekilde, ailevi ilişkilere bir uyum tarzı olabileceğini ileri sürer. Çöküntü içindeki ergen anneleri aktif bi-

5) Sheeber L., Hobs H., Andrews J. ve diğerleri (1998), "Interactional processes in families with depressed and non-depressed adolescents: reinfrcement of depressive behavior", *Behaviour Research and Therapy*, 36, 417-427.

çimde cevap verme eğilimi içindedirler, örneğin destek ifade ederler ya da bir soruna çözüm önerirler. Çöküntü içindeki ergen babaları, geri çekilerek ve saldırgan cevaplardan kaçınarak pasif cevap verme eğilimindedirler. Diğer yandan, çöküntü içindeki ergenlerin ebeveyninin düşmanca ya da soğuk tutumları, en azından bir bölümüyle, karşı çıkış ve inkâr olarak yaşanan içe kapanma, öfkelilik, sallapatilik gibi depresif tutumlara bir tepki olarak görülebilir. Sheeber ve diğerlerinin gözlemlerinin ebeveynin depresyon tanısını bilmesine ve ergenin tutumunun bir kusurun, kötülük ya da tembelliğin sonucu olarak değil, bir ıstırap olarak yaşandığını kabul etmesine kısmen bağlı olması mümkündür.

D) *Fiziksel ve cinsel kötü muamele.* – Ergen depresyonunda fiziksel ve cinsel kötü muamele evveliyatı genellikle aktarılmamıştır ve sıklıkları büyük ölçüde gözardı edilmiştir. Gerçekten de, kötü muamele kurbanı hastalar bunları ender olarak terapi uzmanlarına belirtirler ve o da ender olarak bir kötü muamele üzerine soruşturma yapar. Fiziksel ve cinsel kötü muamele kurbanı çocuklar ergenlikte yüksek depresyon riskine maruzdurlar. Psikiyatri hastalarının, özellikle çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesinde güven ilişkisi bir kez yerleştiğinde, çocuklukta ve ergenlikte fiziksel ve cinsel kötü muamelenin artık kabul gören sıklığı, onları susturan utanç ve suçluluk duygusu, özellikle bu araştırmaya yöneltir.

E) *Toplumsal ortam.* – Epidemiyolojik ergen incelemelerinde depresif mizaç ve elverişsiz sosyo-ekonomik koşul arasındaki ilişki görülmüştür (Kandel ve Davies, 1982).

F) *Olumsuz aile faktörlerinin işbirliği.* – Olumsuz aile faktörlerinin işbirliğine ergen depresyonunda sık rastlanır (Hammen ve diğerleri, 1999).

3. Bilişsel tarz, yetiler. – Çöküntü içindeki ergenler, kendilerini sorumlu kılmaya eğilim gösterdikleri olumsuz olaylara daha fazla içsel atıfta bulunurlarken, olumlu olaylara daha az atıfta bulunurlar. Depresyonun ve umutsuzluğun yoğunluğu, olumsuz olayların içsel atıflarıyla olumlu anlamda bağlantılıdır. Çöküntü içindeki ergenler dışsal bir denetim yerine sahip olma eğilimi gösterirler. Kişisel değer duyguları ile toplumsal kabul görürlüklerinin bozulması depresyonun sertliğiylc olumlu anlamda bağlantılıdır. Çöküntü içindeki ergenler olumsuz bilişsel bozukluklara genel bir eğilim gösterirler ve bu durum depresyonun hafiflemesiyle yatışsa da çöküntü içinde olmayan ergenlerden büyük oranda daha yüksek düzeyde varlığını sürdürür. Bu negatif bilişsel sistem ergenlikte daha istikrarlı olma eğilimi gösterir. Bir inceleme (Catteau ve Chabrol, 2005)[6] depresif ve intihar semptomatolojisi ile depresif duygulara uyum stratejileri arasındaki ilişkileri değerlendirdi: 382 liseli, depresif duygulara uyum stratejilerini değerlendirme sorularına ve depresif semptomatolojilerin ve intihar fikirlerinin değerlendirildiği sorulara cevap verdi. Çok sayıda regresyon analizleri, negatif bilişsellik-

6) Catteau V., Chabrol H. (2005), "Etude des relations entre les stratégies d'adaptation aux sentiments dépressifs, la symptomatologie dépressive et les idées suicidaires chez l'adolescent", *Année psychologique*, 105, 451-476.

lerin (kaygılarını kafada evirip çevirmek ve kendini eleştirmek) ve soruna odaklanmış strateji yokluğunun, depresif semptomatoloji yoğunluğunun temel habercisiyken, depresif semptomatoloji ile psikoaktif madde kullanımı oğlan çocuklarında olduğu kadar kız çocuklarında da intihar fikrinin bellibaşlı habercisiydi. Dil bozuklukları ve okuldaki öğrenimde bozukluklar, dikkat eksikliği ya da entelektüel eksiklikler, öğrenme güçlüklerinin sorumlusu olarak özsaygı üzerinde etkili olur ve depresyon açısından risk faktörüdür. Hammen ve diğerleri (1999) okuldaki öğrenmede yüksek derecede bir güçlük sıklığı (% 56), okul ortamında davranış bozuklukları (% 63) ve toplumsal ilişkilerde güçlük, tecrit ya da arkadaşlarıyla anlaşmazlık (% 81) gözlemlemiştir. Başlangıçtaki rahatsızlık ne olursa olsun, öğrenme ve sosyal güçlükler ile depresyon karşılıklı olarak güçlenir.

4. Biyolojik işlev bozukluğu. – Sinir sistemi ve iç salgı bezi testleri, uykunun elektroansefalografik kaydı ve beynin kan debisinin ölçümü aracılığıyla, çöküntü içindeki ergenlerde biyolojik rahatsızlıklar bulunmuştur. Bu anomalilerin anlamı belirsizdir: genellikle depresyonla birlikte düzelen durumlar söz konusudur. Bu işlev bozukluklarına etiyolojik bir rol atfeden indirgemeci doğrusal bir nedensellik mantığı içinde bu sonuçları yorumlamaktan kaçınmak gerekir. Bu bozukluklar depresyonda ikincil olabilir. Psikolojik belirlenimlere bağlı depresif bir durumun biyolojik sonuçları söz konusudur. Biyolojik ve psikolojik bozukluklar arasında karşılıklı bir etkileşim ve değirmi bir teşvik olasılığından söz edilebilir.

II. Teoriler ve modeller

Ergen depresyonunun çeşitli modelleri tamamlayıcıdır, çünkü farklı belirlenim düzeylerine hitap ederler. Psikanalitik yaklaşım gelişme çatışmaları ile depresyon arasındaki ilişkilerle ilgilenir. Davranışsal ve bilişsel yaklaşım, depresif tutumların öğrenilmesini ve çevrenin tutumlarıyla ilişkilerini tarif eder. Sistemik yaklaşım, aile örgütlenmesinde depresyonun işlevlerini sorgular. Sosyolojik yaklaşım ailenin ve toplumun evriminin etkisiyle ilgilenir. Biyolojik yaklaşım genetik, biyolojik bozukluklar ve depresyon arasındaki bağları tartışır.

1. Davranışsal ve bilişsel yaklaşım. – Yetişkin depresyonlarının bilişsel-davranışsal modeli çocuğu ve ergeni de kapsayacak şekilde genişlemiştir.

A) *Davranışsal yaklaşım.* – Depresyon, öğrenme yasalarına uygun olarak edinilmiş uyumlu tutumların sıklığının azalması olarak tanımlanabilir. Depresif tutumların edinilmesi, Pavlovcu koşullu cevap, Skinnerci işlemsel koşullama ya da toplumsal öğrenme mekanizmalarını işin içine katabilir.

a) Klasik Pavlovcu koşullama. – Depresif kaçınma tutumları klasik koşullanmayla öğrenilebilir: Kaygılı bir cevaba yol açan öğeler, bunların tekrarlanabileceği durumlardan kaçınmaya yöneltebilir.

b) İşlemsel koşullama. – Uyumlu davranışların azalması, bir sönümlenme mekanizması tarafından pozitif toplumsal güçlendiricilerin uzun sürmüş azalmasının sonucu olabilir.

Toplumsal beceri yetersizliği, çevrenin pozitif teşviklerine yol açma kapasitesinde bir eksikliğe koşullayarak, depresyonların doğuşunda önemli bir rol oynayabilir. Önlenemez stresler, düşmanlık ve önemsemememeye yol açan tiksinti tutumları uyumlu tutumların sıklığını azaltabilir. Ceza ve yasakları kötüye kullanan ebeveyn ergende pasiflik hallerine yol açabilir. Son olarak, depresyonun ve olumsuz düşüncelerin evrimiyle birlikte, olumlu teşvikler etkinliklerini yitirdiklerinden ya algılanmazlar ya da olumsuz olarak nitelenirler.

c) Toplumsal öğrenme. – Çevrede mevcut bir modelin taklit edilmesi ergenin depresif tutumları öğrenmesini kolaylaştırabilir. Çocuk ve ergen, çöküntü içindeki bir ebeveyni taklit ederek, stres durumlarına bozguna uğramış pasiflik ve içe kapanma tutumlarıyla tepki göstermeyi öğrenebilir. Ergenler kişiler arası sorunların iletişim ve çözüm tutumuna uygun bir ebeveyn modelinden yoksun olabilirler ve sapma modellerle temas içinde etkisiz ya da işlev bozukluğuna sahip, ilgisizlik, düşmanlık ya da redde yatkın tutumlar edinirler.

B) *Bilişsel yaklaşımlar.* – Bilişsel teoriler, negatif koşullayıcı deneyimlerden depresif tutumlara geçişte düşüncenin işlev bozukluğu rolüne vurgu yapmışlardır. Depresyonun en temsil edici ve en özgün bilişsel modelleri Seligman ile Beck'te görülür.

a) Seligman'ın öğrenilmiş güçsüzlüğü. – Denetlenemeyen negatif deneyimlere dayalı bir geçmiş (ölüm, ayrılık, hastalık, ailevi anlaşmazlık...) "öğrenilmiş güçsüzlüğe", pozitif ya da negatif olaylar üzerinde denetim olasılığı yok-

luğu inancına yöneltir; bu durum duyum bozukluklarına, özsaygı ve depresyon motivasyonu rahatsızlıklarına yol açar. Öğrenilmiş güçsüzlük, kişinin her zaman uygunsuz olan nedensellik atfetme tarzıyla nitelenir. Yenilgiler, her koşulda yeniden meydana gelebilecek içsel ya da istikrarlı ve kalıcı ya da topyekûn nedenlere atfedilirken, başarılar özneden bağımsız dışsal nedenlere ya da istikrarsız ve karşılıksız ya da bir duruma özgü ve yeniden üretilemez nedenlere bağlanır. Bu atıf tarzı çöküntü içindeki ergenlerde görülmüştür (Seligman ve diğerleri, 1979).[7]

b) Beck'in bilişsel yaklaşımı. – Beck'in bilişsel modeline göre (1967)[8] düşünce bozuklukları depresyonun temel psikolojik sorunudur: depresif düşünceler ya da bilişsellikler depresif duygu ve tutumları belirler. Bu depresif bilişselliklerin temaları Beck tarafından "negatif bilişsel üçlü" içinde özetlenmiştir; bu, ergen depresyonlarında gözlemlenen, kendine, dünyaya ve geleceğe dair negatif bir bakıştan kaynaklanır. Çöküntü içindeki ergen kendini değersiz görür ve kendini eleştirir. Yetersizlik, uyumsuzluk, aşağılık biri olma düşünceleri, arzu edilmediği ya da reddedildiği inancına yöneltebilir. Yaşadığı olumsuz deneyimlerden kendini sorumlu tutar, bunları fiziksel, zihinsel ya da ahlaki bir kusura bağlar. Dünya hayal kırıklığı yaratıcı, cazibeden yoksun ya da düşman olarak kavramsallaştırılır, ergeni

7) Seligman M. E., Abramson L. Y., Semmel A. ve diğerleri (1979), "Depressive attributional style", *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.

8) Beck A. T. (1967), "Deppression: clinical, experimental and theoretical aspects", New York, Hoeber, 1967.

aşırı kısıtlamalarla bunaltır ve onun projelerine aşılmaz engeller çıkartır. Gelecek hakkında ilgisizlik, karamsarlık ya da umutsuzluk hakimdir: Ergen, güçlüklerinin varlığını sürdürdüğünü öngörür ve cesaretsizliğe, motivasyon yitimine yol açacak şekilde girişimlerinin, beklentilerinin başarısızlığına inanır. Geçmişle ilgili olarak, ergen olumsuz ıstırap, ketlenme ve yenilgi deneyimlerini ayıklayarak, özellikle bunları anımsama eğilimi içindedir, bunları abartırken, yansız ya da olumlu anıları unutur ya da küçültür. Bu depresif bilişsellikler olumsuz yorumlamalara bağlıdır ve tahayyül edilmeyen daha elverişli alternatiflerin olasılığına rağmen, yalnızca bu yorumlamalar ele alınır. Bu olumsuz yorumlamalar, kanıt yokluğunda ya da tersi argümanların varlığı durumunda doğrulanmayan bir tümdengelim olan "keyfi çıkarsama" olarak ya da çöküntü içindekinin karmaşık bir olaydan kendisine karamsar ve olumsuz bakış açısıyla uyumlu gibi gelen enformasyonları otomatik olarak ayıklarken diğerlerini bilmezden geldiği ya da ihmal ettiği "ayıklayıcı soyutlama" olarak, hatta çöküntü içindekinin tek bir olaydan genel ve mutlak sonuçlar çıkardığı "aşırı-genelleme" olarak "sistematik bilişsel hatalar"ın sonucudur. Ampirik veriler çöküntü içindeki ergenlerde bu yanlış bilişselliklerin varlığını ve başatlığını onaylar. Bu depresif bilişsellikler "temel depresif öncülleri" ya da çöküntü içindekilerin sorunlarının çözüm stratejileri ve değerlendirme temeli olabilecek "sessiz varsayımları" yansıtır. Genellikle zımni ve ifade edilmemiş olan bu savlar, çöküntü içindekini farkında olmadan etkileyen sözlerden, değerlendirme ve tepkilerden çıkarsanabilir. Bunlar, ya Ellis'in "görevlerin tiranlığı" olarak ("her konuda kusursuz

olmalıyım") tanımladığı aşırı ve akıldışı yükümlülüklerden ya da "ya hep ya hiç" tarzında işleyen, nüansları ve aracıları gözardı eden ("eğer kimse beni sevmiyorsa, beş para etmem") aşırı dikotomik bir düşünceden kaynaklanan esneklikten yoksun ve katı kurallar olarak kendini gösterir. Beck "depressojen şemalar" nosyonu içerisine, durumlarda mevcut enformasyonları ayıklayan, kodlandıran, kategorileştiren, değerlendiren ve yorumlayan bilişsel süreçler bütününü, bunları olumsuz anlamda deforme etmek için dahil eder. Bu şemalar istikrarlı "bilişsel yapılar" oluşturur. Genellikle gizil olan depressojen şemalar, yenilgi, red, yitim durumlarıyla aktive olur ve enformasyonları düzenleme ve değerlendirmenin, durumları kavramsallaştırmanın daha uygun tarzlarının yerine geçer. Bunların aktifleşmesi diğer depresyon sendromlarını belirler. Bu patojen bilişsel şemalar, yitim ya da red gibi erken dönem olumsuz deneyimlerin etkisi altında çocuklukta edinilir. Katı ve talepkâr kuralları olan otoriter bir eğitim ya da çöküntü içindeki bir ebeveynin "modellendirmesi" bu depressojen şemaların gelişimine katılabilir.

C) *Ebeveyn depresyonunun rolüne bilişsel-davranışsal yaklaşım.* – Bu yaklaşım, çöküntü içindeki ebeveyn çocuklarının depresyonundaki bazı belirlenimleri belirtir. Depresyonun duyumsal, bilişsel ve davranışsal rahatsızlıklarının ebeveyn yeterliliğini bozabileceği ileri sürülmüştür. Çöküntü içindeki ebeveyn, ihmal ettikleri, önemsiz gördükleri ve olumlu tutumlarını teşvik etmekten kaçındıkları çocuklarının olumsuz davranışlarına aşırı cezalandırıcı tutumlarla tepki gösterirler. Teşvik edici bu anormallikler,

çocukların depresif tutumlar öğrenmesine katkıda bulunabilir. Ebeveynlerin ilgisizlikleri çocuğu ya da ergeni uygunsuz tutumlarıyla dikkat çekme çabasına yöneltir. Çocuklara ifade ettikleri hayalkırıklığı ve düşmanlık, değersizleştirici konuşmaları bu çocukların kendilerine ve kişisel ilişkilere dair olumsuz bir anlayış edinmesine katkıda bulunabilir. Toplumsal öğrenim depresif duygulanımların, bilişselliklerin ve tutumların yaygınlaşmasına yol açabilir.

2. Sistemik yaklaşım. – Bu yaklaşım aileyi, işlev bozuklukları genellikle aileyi oluşturan kişilerin psişik rahatsızlıklarını açıklayan bir sistem olarak kabul eder. Teorik düşünme ve terapi müdahaleleri iletişim bozukluklarından bunları alttan alta destekleyen örgütlenme rahatsızlıklarına doğru yer değiştirir (Haley, 1980).[9] Sistemik yaklaşım çocukların ve ergenlerin davranış bozukluklarının ailevi örgütlenmenin istikrar kazanmasında homeostatik bir işlevi olduğunu vurgular. Ergen aile dengesini tehlikeye atabilir. Kimi zaman ebeveynler esasen özel bir çocuk dolayısıyla iletişim kurarlar ve kendi sorunlarını ancak onun aracılığıyla ele almayı bilirler. Evlilik hayatının işleyişi için zorunlu olan bu çocuk ebeveyni karşısında bağımlılık ilişkisi içinde tutulabilir. Genellikle utangaç ve içe kapalı durur, ailesi dışında sosyal ilişki geliştirmekte başarısızdır. Çocuğun aileden kopabileceği tehdidi evlilikte güçlükler ortaya çıkarabilir ve ana baba ayrılmakla tehdit edebilir. Ergenin okuldaki, toplumsal ya da mesleki başarısının

9) Haley J. (1981), *Leaving home. The therapy of disturbed young people*, New York, McGraw Hill.

yaklaşması, ailevi krizi başlatabilecek bir özerklik krizine yol açabilir. Aile istikrarsızlaşabilir ve bütün üyeleri rahatsız olabilir. Ergenin tutumları sorun olarak gösterilirse şiddetlenirler. Diğer aile üyelerinin tutumları istikrara kavuşur ve ergenin güçlüklerine tepkiymiş gibi ortaya çıkar. Ergenin davranış bozuklukları ya da okul başarısızlığı, toplumsal veya mesleki başarısızlıkları, ebeveynin ergen ve sorunları aracılığıyla iletişim kurmaya devam etmelerini ve aile örgütlenmesinin istikrarlı kalmasını sağlar. Bu davranış bozuklukları çeşitlidir ama ortak işlevleri ergenin ailesinden ayrılmasını önlemektir. Ergenlik sorunları, ebeveyni çatışmalarından uzaklaştıran ve onları kendi güçlükleriyle yüz yüze gelmek için daha olumlu davranmaya mecbur eden bir dikkat merkezi olur (Haley, 1980). Ergenin davranış bozuklukları aynı zamanda ebeveynin bütün güçlüklerine, sosyo-profesyonel sorunlarına, fiziksel ya da ruhsal hastalıklara bir cevap olabilir. Anne babalar kendi sorunlarını aşmaya ve çocuklarının güçlüklerine birlikte karşı koyabilmek için birleşmeye yönelirler. Ergenin sapkın tutumları, onları, kendi kişisel, ekonomik ya da toplumsal güçlüklerinin gerisinde kalmış bireyler olmaktan ziyade, kendilerine ihtiyaç duyan bir çocuğun ailesi olarak hissetmelerine yardım eder. Böylelikle ergenin koruduğu ve yakınlaştırdığı ebeveyni üzerinde olumlu bir etkisi olabilir, ayrılıklarını önleyebilir (Madanes, 1981).[10] Ebeveyni koruma ve ailenin istikrarlaşması toplumsal işlevine metaforik bir işlev de eklenir: Sapkın tutumlar, aynı zamanda

10) Madanes C. (1981), *Strategic family therapy*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

aile üyelerine ve çevresine bir mesajdır. Aile güçlüklerini temsil eden bir metafor olarak kabule edilebilirler (Haley, 1980). Ergen ile ebeveynden birinin sorunlarının, sapkın tutumlarının benzerliği genellikle gözlemlenmiştir: Ergen depresyonu ebeveynden birininkine karşılık verebilir (Madanes, 1981). Ergendeki bir intihar teşebbüsü ebeveynden birindeki intihar riskine işaret edebilir (Haley, 1980). Ebeveynin ergen sorunu etrafındaki etkileşimi aynı zamanda onların kendi güçlükleri etrafındaki etkileşimlerinin metaforu olur. Semptom etrafındaki etkileşim sistemi evlilikteki diğer etkileşim sistemlerinin bir analojisidir (Madanes, 1981).

Ergen depresyonu, ergenle meşgul olmak için ebeveynin kendi depresyonunu ve intihar arzularını aşmasına yardım edebilir. Ergen, ebeveynin zayıflığı ya da depresyonu nedeniyle ebeveynlik rolünü üstlendiğinde, çöküntüye uğrayarak ebeveyni kendi rolüne döndürebilir: Hasta rolünü benimseyen ergen, ebeveyne kendisiyle ilgilenme ve sorumluluk statüsüne yeniden kavuşma imkânı verir. Ergenin sapkın tutumları analojik olarak ailevi bir sorunu ifade eder ve ergen çoğu zaman tatmin etmeyen ve aksi bir çözüm teşebbüsünü temsil eder. Ana baba ayrılıklarını şiddetlendiren ergen sorunlarını çözümlemek için anlaşmayı ve birleşmeyi başaramayabilirler (Haley, 1980). Bu durumda, evlilik gerilimleri ile ergenin güçlükleri arasında simetrik bir tırmanış meydana gelebilir. Ebeveynden biri diğerine karşı ergenle ittifaka girerek kuşaklar arası bir koalisyon örgütleyebilir. Ergenin davranış bozuklukları ana babaya ancak geçici olarak yardım edebilir: kendi sorunlarıyla karşılaşmaktan kaçınarak, çözümü engelleyebilirler

(Madanes, 1981). Ergenin kargaşadan koruyucu işlevi hiyerarşik bir münasebetsizlik yaratır: Anne baba normal olarak ergen karşısında üstün konumdalarken, koruyucu rolü ergeni üstün konuma yerleştirir, rakip ve orantısız iki hiyerarşiyi yan yana getirir (Madanes, 1981). Başlangıçtaki bu koruyucu işlevin yerini bir iktidar mücadelesi ve ergenin ana babaya dayattığı "zorbalık" alabilir; hiyerarşik oransızlık hiyerarşinin altüst oluşuna yol açabilir. Ergen ana babasına hakim olabilir ve onları karşı çıkış ve red tavırlarıyla, şiddet, tehlikeli davranışlar, intihara ya da uyuşturucu kullanmaya geçiş tehdidiyle güçsüz kılabilir. Ana baba kendi çatışmalarını ifade etmek için ergeni kullandıklarında bu altüst oluş kolaylaşabilir: Örneğin anne kocası kendisine karşı öfkelendiğinde kızını babasına itaat etmemeye teşvik eder. Ergen bu durumda ana babanın saldırganlığının boşaldığı aracı olur. Roller tersine dönebilir ve kurban ana babasına zulmeden de olabilir. Durumun denetimi ana babanın elinden kaçtığında, zihinsel sağlık uzmanlarını işin içine katabilirler. Aile homeostazi yönündeki tedavi müdahalelerini, ailevi sorunlarda gerçek değişim olmadan, önceki duruma geri dönüş için saptırabilirler (Haley, 1980; Madanes, 1981). Çözülmemiş ailevi çatışmalar, aile içinde "semptom yer değiştirmeleri"ne ya da ergen sorunlarının nüksetmesine yol açar.

3. Psikanalitik yaklaşım. – Psikanaliz depresyonu gelişim değişikliklerine bağlar. Bununla bağlantılı olan semptomatolojinin dikkatini bunu belirleyen sorunsala çevirir. Bu depresif sorunsal sevgi nesnesinin yitimine ya da yitim hissine, veyahut özsaygı yitimine yol açar. Yitim sorunsalı

açık seçik olabileceği gibi örtük de olabilir. Bu durumda psikodinamik mülakat verilerinden çıkartılabilir ya da rasyonel destek yoluyla hoşgörülebilir kılınmış depresif bir yaşantı içinde ortaya çıkabilir (Jeammet, 1985). Maskeli depresyon terimi, tedavi desteğinin ergene, bir semptomla ya da bir davranış bozukluğuyla uzak durduğu depresyonla yüzleşme imkânı tanıdığı durumlar için kullanılmalıdır. Depresif sorunsal, eyleme geçişin katlanılmaz bir bilinçlenmenin yerini aldığı bazı davranış sorunlarında ifade bulabilir. Zihinsel anoreksi ve bulimide, uyuşturucu kullanımı ve alkolizmde sürekli olarak görülür (Jeammet, 1985). Depresyon burada belirgin olabilir ya da psikoterapi içinde kolaylıkla tanınabilir. M. Klein'ın tarif ettiği manyak savunmaların donmuş örgütlenmesi tarafından erişilmesi güç kılınmış da olabilir. Ergen psikopatisi depresif konumla yüzleşme ve bunu oluşturma imkânsızlığına da bağlı olabilir. İstikrarsızlığın, duygusuzluğun, denetim ve manipülasyonun damgasını taşıyan psikopatın nesneyle ilişki tarzı bu manyak savunmalara gönderme yapıyor olabilir. Böylece, görünür bir paradoks içinde, psikanaliz en kaygı verici depresif sorunsalların, depresif konumun oluşturulma imkânı ve yüzleşme olarak depresyonun imkânsız olduğu durumlar olduğunu ileri sürer. Bu depresif sorunsal, cinselliğin ve saldırganlığın buluğla ilgili içgüdüsel atılımlarının ve dışsal taleplerin birlikte etkisi altında çocuksu çatışmaların yeniden faal hale gelmesine bağlıdır. Oidipusçu çatışmaların yeniden faaliyete geçmesinin ergen depresyonlarında merkezi bir yeri vardır. Oidipus semptomu çok güçlü bir şekilde yeniden aktif olmuşsa ve/veya bastırma yetersizse, ergen depresyonunun iki türünü tarif eden iki temel

tepki gözlemlenebilir. İlkinde, bastırma tepkisel oluşumlarla güçlendirilebilir (anne babadan tiksinme, bağımlılığa hoşgörüsüzlük, cinsel arzulara bağlı utanç, bedenden tiksinti); bu da anne baba yitimi duygusuna ve çocuksu beden ve ruhsallığın narsistik yetkinliğine yol açabilir. Bu ergenler için buluğ anne babayla bağımlılık ilişkisindeki güvenlik yitimini temsil eder. Çocukluk imago'larının yitimi ve çocuk olarak benliğin yitimi, dolayısıyla kendinin bir bölümünün yitimi, "nevrotik" denen bir depresyonu tanımlayabilen bu ergenlerin depresif sorunsalının merkezindedir. İkinci örgütlenmede, bastırmanın yetersizliği ve bölünmeye başvuru, kendinden ve cinselleşmiş bedenden nefrete, ruhsallıkla ve cinselleşmiş bedenle yıkıcı bir ilişkiye, özyıkım davranışlarında kendini gösteren, benliğin ve bedenin kötü yanlarına saldırılara yol açar (Chabrol ve Sztulman, 1997).[11] Bunlar, temel savunma mekanizmasının bastırma değil bölünme olduğu, kişiliğin sınır örgütlenmelerine gönderme yaparak "sınır" olarak nitelenebilecek bir depresyonun özellikleridir. Bu ergen psikopatolojisinin kavranmasındaki temel katkılardan birini Laufer'lere borçluyuz (Laufer ve Laufer, 1984). Onların ergenleri psikanalitik tedavi deneyimleri, ergenin ciddi psikopatolojilerini bir gelişim kopukluğuna, fiziksel bakımdan olgun beden imgesinin cinselleşmiş bedenin reddine yol açan benlik temsiliyle bütünleşme sürecindeki başarısızlığa bağlamalarını sağlar. Ergenliğin gelişiminin temel amacı, be-

11) Chabrol H., Sztulman H. (1997), "Splitting and the psychodynamics of adolescent and young adult suicide attempts", *International Journal of Psychoanalysis*, 78: 1199-1208.

den temsilinin fiziksel olarak olgun genital organları kapsadığı kesin cinsel örgütlenmenin oluşumudur. Cinsel arzuların içeriği ve Oidipusçu özdeşleşmeler ancak ergenlikte geri dönüşsüz bir cinsel kimliğe dahil olurlar. Buluğ, itkisel faaliyeti ve genital olgunlaşması, Oidipus kompleksinin çözümünün yeniden-düzenlenmesine yol açar. Genital evre öncesi ve genital cinsel arzular, temel cinsel özdeşleşmeler, Oidipus kompleksinin çözümü sırasında düzenlenir ve sabitlenirler. Laufer bunu "merkezi mastürbasyon fantasması" olarak adlandırır ve bu, buluğ döneminde genital organların fiziksel olgunlaşması koşullarında hissedilir ve yeni bir ensest boyutu kazandırır. Ensest ve baba-katli gerçeklik halini alabilir ve Oidipusçu rövanş mümkün olabilir (Laufer ve Laufer, 1984). Ergen, normalde, olgun genital organlarını kendi beden imgesine dahil edebilmek ve karşı cinsin genital organlarını tanıyıp kendine katabilmek için oto-erotik ve heteroseksüel davranış ve fantasmaları kullanabilir. Ancak buluğdan sonra penis ve vajina beden temsiline dahil aktif organlar olarak hissedilir. Bu süreç ensest arzularından vazgeçmeyi, suçluluktan ve Oidipusçu nefretten kurtulmayı, Oidipusçu ebeveyni yeniden oluşturmayı gerektirir. Bu da bedenin Oidipusçu ebeveynin bedeniyle özdeşleşmesinin ve ebeveyn cinselliğiyle özdeşleşmenin imkânını sağlar. Ergen bu durumda genitalliği Oidipusçu ana babasının ona verdikleri bir hak olarak hissedebilir ve kendini bedeninin hakimi olarak görebilir (Laufer ve Laufer, 1984). Savunma örgütlenmeleri Oidipusçu ve ön-Oidipusçu fantasma ve arzuları bastırılmış olarak tutamadığında, bu gelişme yavaşlatılmış, saptırılmış ya da durdurulmuş olur. Bilinçte bunların

kesintiye uğraması üzüntü, kaygı, suçluluk duygusu ve anormallik duygularına yol açar. Bir örgütlenme bozukluğu tehdidi ve gerçeklikle temas yitimi olarak hissedilir. Mastürbasyon ve mastürbasyonla ilgili fantasmalar beden denetiminin yitimi olarak, bu ergenlerin kendilerini donanımsız hissettikleri bir güce pasif itaat olarak hissedilir. Cinsellikli beden, bu fantasmaların, utanç verici ve sapkın olarak görülen bu arzuların kaynağı olarak hissedilir. Bu arzuları ve bu bastırılmış mastürbasyon faaliyetini dayatan cinsellikli beden bir düşman ve zulmedici olarak yaşanır. Bu ergenler kendi bedenlerini kendilerinden bağımsız ve daima anneye ait gibi hissederler. Onları yutabilecek, mutlak erk sahibi ve ürkütücü bir anneye pasif itaat içinde yaşarlar. İçselleştirilen anne, arzularının ve bedenlerinin denetimini yitirmelerinin sorumlusu bir zalim olarak algılanır. Çocukluğun narsistik yetkinlik durumunu korumadığı için anneye sitem ederler. Bedenden nefret ile anneden nefret birbirine karışır ve beden annenin yıkım fantasmasını edimselleştirmek için kullanılabilir. Buluğ bu ergenler için ensest olasılığı ve Oidipusçu özdeşleşmelerin yıkımı anlamına gelir. Bu kopmayı yaşayan ergen, ensest tercihlerinden vazgeçme olanağının elinden kaçtığına ve Oidipusçu ebeveynin kendi bedenine sahip cinselleşmiş bir kişi olmasını reddettiğine ikna olabilir (Laufer ve Laufer, 1984). Bu gelişme kopukluğunun sonuçları buluğla birlikte derhal görülebilir ya da ergenlikte gecikebilir ve bu durumda daha az ciddi olabilir. Bu gelişme kopukluklarının semptomatik ifadesi çeşitli görünümler alabilir: Cinsel sorunsal belirgin olabilir ve kompülsif bir mastürbasyonla, nahoş cinsel ilişkilerle ya da tersine, her türlü cinsel arzuyu

bastıran veya inkâr eden bir çilecilikle ortaya çıkabilir. Bedenden nefret intihar tutumlarıyla, kendine zarar verme ya da aynı zamanda regresif ve pasif bir kendini bırakma tutumuna da tanıklık eden uyuşturucu kullanımıyla kendini gösterebilir. Cinselleşmiş bedenin reddi, buluğ-öncesi bedeni yeniden bulmayı hedefleyen zihinsel bir anoreksiyle ifade bulabilir. Cinsellikli bedene bağlı kaygı, bedenin bir yanıyla ya da bir işleviyle sınırlı kalabilir ve dismorfofobik ya da hipokondriyak kaygılarla kendini gösterebilir. Bu ergenler çoğu zaman çöküntü içindedir, umutsuzluğun, ilgisizliğin, kendinden nefretin, anormalliğin ve yenilginin istila ettiği duygular gösterirler. Yıllardır hiçbir şeyin değişmediğini ve hiçbir şeyin değişmeyeceğini düşünürler (Laufer ve Laufer, 1984). Ergen gelişiminde kopuş, Oidipusçu ve ön-Oidipusçu evrelerin gelişim bozukluklarına gönderme yapabilir. Anneye karşı saldırganlık, biri ayrılma-bireyleşmeye gönderme yapan, diğeri depresif tutuma gönderme yapan iki temel formülasyonu verilmiş olan gelişmenin erken evrelerini ergende yeniden-edimselleştirebilir. Normal ergenlik, gelişimleri ilkinin cereyanına bağlı olan ayrılma-bireyleşmenin ikinci bir evresi olarak kabul edilebilir. Özerklik arayışı ergeni katlanılamaz bir yalnızlık ve terk edilme duygusuna maruz bırakabilir ve bu bir hiçleşme tehdididir, oysa ki bağımlılık arayışı anneyle simbiyotik kaynaşmayı ve yıkıcı yeniden-dahil olmayı temsil eder. Ergenliğe içkin yitim duyguları, anne babaya karşı saldırganlık, yetersiz oluşmuş olduğundan depresif konumun kaygılarını da ortaya koyar. Depresif konumda, süt çocuğu, tamamen bağlı olduğu iyi nesneyi saldırgan itkilerinin ortadan kaldırmasından çekinir. Kayıp olarak hissedilen sevilen nesnenin yası

ve nostaljisi, onu yok etmenin suçluluk duygusu ve umutsuzluğu, kökensel bir depresif sınama oluşturur. Bu depresif konum asla tamamen oluşmamıştır, sonraki her yitim iyi nesnenin içsel yitim kaygısını canlandırır. Bu depresif ıstırapla telafi yoluyla mücadele edilir ve bu yetersiz kaldığında, inkâr, bölünme gibi manyak savunmalarla, depresyon, suçluluk ve bağımlılık duygularından kaçınmaya yönelik yansıtıcı özdeşleşmeyle mücadele edilir. Bunlar, mutlak erk sahibi denetimle nitelenen nesnelerle manyak bir ilişkiyle, nesneyi değerli kılma ve ona bağlanma depresif duygularını inkâr etmeyi amaçlayan zafer ve küçümsemeyle nitelenirler. Bu manyak savunmalar genellikle depresyonu maskelemeye katkıda bulunurlar ve ergeni depresif konumla yüzleşmekten kaçınma mutlak tutumu içinde sabitleyebilirler.

Ergen depresyonunun psikodinamiğinin kavranması geçmiş ailevi işleyişi ve bunun yeniden-edimselleşmesini gerçekleştiren şimdiki zaman işleyişini analiz etmeyi gerektirir. Ergenlik güçlükleri de, çocuklarının gelişim değişikliklerinin uyandırdığı anne babanın gelişim çatışmalarına gönderme yapabilir. Ergenin depresif sorunsalı, çocukluk gelişimiyle ve ergenlik süreciyle iç içe geçen ana babasının çözümlenmemiş çocukluk ve ergenlik çatışmalarıyla ilişkidedir. Bunların aile içinde koşulladığı düşmanlık ilişkileri ve red tutumları genellikle ergen depresyonunun ortaya çıkışında temel bir yer işgal ederler. Ergenin ve anne babasının Oidipusçu çatışmalarının yeniden-edimselleşmesi karşılıklı etkileşim halindedir. Anne babanın Oidipusçu arzuları ya da onlara karşı oluşturdukları savunmalar ergenin bedeni ve cinselliği karşısındaki tutumlarını etkiler. Ergene yansıtılan Oidipusçu suçluluk duygusu ve kaygı ya

da kıskançlık tutumları ya da onun için yine suçlayıcı olan baştan çıkma, cinsellikli bedenin bütünlüğünü tehlikeye atar ve bu bedeni ona kötü olarak hissettirir. Anne baba çocukları aracılığıyla kendi ergenliklerinin gelişim ve değişimlerini yeniden yaşarlar. Çocuklarının cinsellikli bedeni kendi geçmiş ergenliklerinin bedeniyle özdeşleşir. Ergenlikteki kendi cinselleşmiş bedenlerini kabul etmedeki güçlükler çocuklarının cinsel bakımdan olgunlaşmış bedenini onlara reddettirebilir. Anne babanın ergenin bedeni karşısındaki tutumları, bu bedenin uyandırdığı arzular ya da hatırlattığı anılar nedeniyle bu bedenin kötü olduğu, reddedildiği ya da nefret edildiği şeklindeki bilinçli ya da bilinçsiz mesajı iletebilirler. Onların cinsel güçlükleri, cinsellikli bedenlerinin güncel olumsuz yaşantısı, bedenin Oidipusçu anne babanın bedeniyle ve anne babanın cinselliğiyle özdeşleşmesini bozabilir ve genitalliğe erişilmesini rahatsız edebilir. Ergen için olduğu kadar anne babaları için de bedenin olgunlaşması, çiftanlamlılığı ve karşılıklı terk edilme kaygılarını faal kılan bağımlılık ilişkilerinden vazgeçme zorunluluğu anlamına gelir. Ayrılık-bireyleşmenin ikinci evresinin sapmaları birincisini sürdürür ve genellikle ebeveylerden birinin ya da ikisinin kendi ebeveyn ayrılık süreçlerinde başarısız olduklarına kanıttır. Ergenin bireyleşmesi ana babanın yansıtmalarıyla altüst olabilir. Oidipusçu çatışmalarının ve bağımlılık çatışmalarının yeniden-edimselleşmesi onları kendilerinin kötü ve reddedilen taraflarını ergene yansıtmaya ve ergenle ilişkilerinde kendi içselleşmiş nesne patolojilerini dışsallaştırmaya yöneltebilir. Ergen, anne babayı kendi içlerinde reddettikleri şeyin yükünden kurtarmalıdır. Bu durumda ergen özdeş-

leştiği anne babanın kötü taraflarını elinde bulundurandır; bu kötü taraflar onun kendi çatışmalarına ve içselleşmiş nesne ilişkileri patolojisine gönderme yaptıkça daha çok özdeşleşir. Ailevi regresyon, yansıtmalı özdeşleşme kullanımını aktive eder; bu yansıtmalı özdeşleşme, anne babanın ve ergenlerin karşılıklı bir hareket içinde kullandıkları sorunlu ailelerde sık rastlanan bir işleyiş tarzı olarak kabul edilebilir.

Ruhsal ve ilişkisel çatışmaların çakışmasına bağlı fantasma ve gerçeklik bulanıklığı, onlarla etkileşime giren olumsuz olayların ortaya çıkışıyla şiddetlenebilir. Anne babayı etkileyen bahtsız bir olay ergeni düşmanca duygularının mutlak erki içinde onaylar. Anne babanın çatışmaları, ayrılık tehditleri ya da boşanma, ebeveynden birinin hastalığı, depresif ya da intihari bir kaygı krizine yol açmaya elverişli bir fantasmanın felaketimsi edimselleşmesini temsil eder. Bir aşk ilişkisinin yenilgisi, bir red, ergende yeteneksiz olduğu duygusunu güçlendirir. Depresif sorunsalın semptomatik ifadesi genellikle içsel kaygıların ve bunları onaylar gözüken olumsuz olayların anlaşması vesilesiyle gelişir.

4. Sosyolojik yaklaşım. – Sosyo-kültürel koşul olarak ergenlik, toplumun, ailenin değişimleriyle ve özellikle kendine saygı üzerindeki etkileriyle depresyon faktörü olabilecek kolektif değerlerle belirlenir. Toplumsal bağın yarılması ve kolektif değerlerin zayıflaması, bir topluluğa aidiyet duygusunu bozar ve tecrit duygusuna ve kimlik yitimine katkıda bulunabilir. Ergenlerin yetişkinlerle paylaşabilecekleri değer yitimi bir dışlama duygusuna yol açabilir. Genellikle şiddetli ve yabancılaştırıcı bir toplumda

hümanizma değerleri yapay ve ikiyüzlü gelebilir. Ergenler yetişkinler dünyasını son derece hayal kırıcı olarak hissedebilirler, öyle ki ergenler karşısındaki önyargılar, yetişkinlerin onları tanımlamak için kullandıkları olumsuz toplumsal basmakalıp fikirler ergenlerdeki dışlanma duygularını şiddetlendirebilir. Günümüz toplumunun ergenlere statü umudu sunma kapasitesi giderek düşmüştür. Bizim kurumlarımızın herkese uygun bir rol sunma başarısızlığı yetişkinde ve ergende sosyolojik bir depresyon modeli olarak görülmüştür. Ergenler, gereklilikleri onları aşılmaz engellerle karşı karşıya getiriyor gibi gözüken toplumun güncel evrimi karşısında kendilerini cesaretlerini yitirmiş görürler. Sıklığı endişe verici olan okuldaki güçlükler sosyal-mesleki bir yenilgi tehdidi oluşturur ve ergenlere toplumun kendilerini reddettiği duygusu verebilir; güçsüzlük, aşağılanma, umutsuzluk, toplumsal varlık gösterememe, tevekkül ya da isyan duygularına yol açarlar. İlk kurbanları gençler olan okuldaki şiddet ergenlere yetişkinler dünyasının kendilerini terk ettiği, hak ve korumalardan yoksun kaldıkları izlenimi verebilir. Güvensizlik, güçsüzlük ve aşağılıklık gibi çökertici duygulara yol açar. Toplumun büyüyen karmaşası, anlam yitimine ve bir tecrit, yabancılaşma ve kimliksizlik duygusuna katkıda bulunur: Günümüz dünyasının büyüyen karmaşıklığı şeylerin, edimlerin ve sözlerin anlamını un ufak ediyor gibidir. Yeni değerler –bireyciliğin yükselişi, başarı ve görünüş tapıncı– özellikle incinebilir olan ergenler için yabancılaştırıcı olabilir. Bunlar nedeniyle ergenler özsaygı ve toplumsal başarı arasındaki ilişkileri, geriye tek bir alternatif bırakan dikotomik biçimde algılayabilirler: Toplumsal başarı ve narsistik zafer ya da

değersizleştirici ya da hiçleştirici yenilgi. Zayıflık ve güzellik toplumsal ideali özellikle ergenler için kısıtlayıcıdır ve bedensel tatminsizliğin, özgüven ve saygı rahatsızlıklarının yüksek düzeyde sıklığına yol açabilir.

Ailenin ve anne baba tutumlarının evrimi, ergen depresyonlarının belirlenimine katkıda bulunur. Ailenin anne baba ve çocuklardan oluşan çekirdeğe indirgenmesi, tek ebeveynli ailelerin sıklığı, kuşaklar arası engelin zayıflaması ergenlerin bağımlılığını ve özerkleşme güçlüklerini artırır, güçsüzlük ve aşağılık duygularına yol açar. Değerlerine güveni yitiren ve takip edilecek eğitim hedefleri karşısında belirsiz kalan günümüz ebeveynleri, ergenlerle çatışmaları üstlenmek yerine bunlardan kaçınmaya yönelirler. Zorunlu olan sınırları, ölçütleri ve modelleri ortadan kaldıran aşırı gevşeklik, ergende güvensizlik duygusuna yol açar. Bu ergenler, karşısında mücadele etmek istedikleri kısıtlamalarla çatışmayı arzularken, hoşnutluk ve onayla karşılaşırlar. Benliğe hakimiyet kapasitelerini aşma riski taşıyan saldırganlığın ve cinselliğin olgunlaşmamış uyartılarının güncel koşullarıyla birleşmiş müsamahakâr eğitim yöntemleri, ergen psikopatolojisinin belirlenimlerine katılım olarak kabul edilmiştir.

Boşanma, ergenlerin çoğu tarafından kişisel, ailevi ve toplumsal bir yitim olarak hissedilir. Suçluluk duygularına yol açabilir, çünkü ergen bu durumdan kendini sorumlu tutabilir; anne baba kendi çatışmalarının nedeni olarak onu gördükleri ölçüde bu duygu şiddetlenir. Boşanma, ailenin ayrılık süreçleriyle yetişkin kimliğinin edinilmesi süreçlerini iç içe sokarak gelişimi bozabilir. Örneğin artık var olmayan ebeveynin davranışlarının eleştirilmeden benim-

senmesi gibi sıklıkla rastlanan bir savunma tepkisi kimlik oluşumunun vakitsiz kesintiye uğramasıdır. Uyuşturucu ya da alkol kullanımı, antisosyal tarzda tutumlar, utanç, kaygı ve depresyon duygularına karşı mücadele araçları ve ailenin yeni örgütlenmesinin sınırlarını test etme teşebbüsleri olarak ortaya çıkabilir. Erken cinsellik bu duruma anaklitik bir ilişkinin ödünleyici ve regresif arayışını ekler. Boşanma durumunda birçok ergen kendini ebeveyn konumuna koyar, erken olgunlaşmaya itilir ve kendi ebeveynlerini destekleme ezici ve güvensizleştirici göreviyle karşı karşıya kalarak yenilgi duygusu iyice artar.

5. Biyolojik yaklaşım. – Bu yaklaşım, bazı depresif durumlarla birleşmiş biyolojik rahatsızlıklar hakkında hipotezler ileri sürer. İç köken ile çevrenin etkisini birleştiren bir hipotezde, depresyonların genetik belirlenimi yitim durumlarında özel bir incinirlikle ifade bulabilir.

III. Depresyonların çok faktörlü belirlenimleri

Depresyon, toplumsal-ailevi, psikolojik ve belki de biyolojik faktörleri birleştiren ortak bir nihai yol olarak görülür. Bu faktörler karşılıklı olarak birbirlerini etkiler ve birbirleriyle etkileşimde bulunurlar. Depresif tutumlar ise bunları belirlemiş olan koşulları etkiler: Birincil belirlenimlere ikincil belirlenimler eklenir. Depresyonun sonuçları bile depresyonu beslemeye katkıda bulunabilir. Depresyonun yol açtığı yenilgi ve kopma mantığı depresyonu şiddetlendirir. Depresyon toplumsal, ailevi, okuldaki ya da

mesleki uyumu tehlikeye atar ve değersizleştirir. Depresif tutumlar, ergenin kendisine ve başkalarına olumsuz bakışını güçlendiren çevrenin anlayışsızlık, red ve düşmanlık tutumlarına yol açabilir: Anne baba ve eğitmenler çöküntü içindeki ergeni genellikle tembel, sorumsuz, olgunlaşmamış ve itaatsiz olarak görürler. Depresyon toplumsal gelişimi olumsuz yönde etkiler. Çöküntü içindeki ergenler yalnız kalma ya da arkadaşları tarafından dışlanma eğilimi gösterirler. Kendi kişisel değerlerinden kuşkuya kapılarak, ancak başkalarını taklit ederek kabul görebileceklerini düşünürler; bu da onları özellikle uyuşturucu ya da alkol kullanımı ve cinsel faaliyete katılma gibi grubun olumsuz önerilerine dayanıksız kılar. Tecrit ya da toplumsal pasiflik, onları iletişim tutumlarını öğrenmekten yoksun bırakır ve iletişim de eksik kalır ya da öyle olur.

Depresyon, şiddetlendirmeye yatkın ailevi tepkilere yol açar. Ergen depresyonu ebeveyn için narsistik bir yara olabilir; anne baba kendi ergenliklerinin ben idealinin gereklerini ergen aracılığıyla karşılama yönündeki umutlarını körelten ergen karşısında düşmanlık hissedebilir. Anne baba depresyonu onları kendi güçsüzlükleriyle karşı karşıya bıraktığı ve kendi ergenliklerinin ıstıraplarını uyandırdığı ölçüde depresyona karşı hoşgörüsüzdürler. Ergenin moral acısını inkâr tepkileri ya da düşmanca cevaplar ergenin terk edilme duygularını güçlendirir. Başka durumlarda depresyon çevrenin aşırı korumacı tutumlarıyla ve bunların izin verdiği güç durumlardan kaçınmayla teşvik edilecektir. Çöküntü içindeki ergen, çevrenin teşvik ettiği regresif tutumlara yönelecektir ve bu tutumlar ihtiyaçlarını karşılayacaktır.

III. Bölüm

DEPRESYON VE İNTİHAR

İntihar ergenlikteki ölüm nedenleri arasında ikincidir, çünkü bu yaşta intihar teşebbüslerinin başatlığı en yüksektir. Bu son onyıllarda ergen depresyonlarının, intihar teşebbüslerinin ve intiharların başatlığında paralel bir artış görülmektedir.

I. Depresyon ve intihar arasındaki ortaklık

A) *Depresyonlarda intihar tutumlarının sıklığı.* – İntihar fikirleri ergenin majör depresyonlarında sık görülür. Majör depresyondan rahatsız 92 ergen arasında (Ryan ve diğerleri, 1987) % 34'ü güncel depresif evre boyunca bir ya da birkaç intihar teşebbüsünde bulunmuştur: İntihar fikir ve teşebbüsleri, umutsuzluk ve üzüntünün olumsuz bilişsellikleriyle ve itkisellik, sinirlilik ve antisosyal tutumlarla birlikte görülür.

B) *İntihar teşebbüslerinde depresyonların sıklığı.* – Majör depresyon, ergenin intihar teşebbüslerinde sıklıkla görülen psikiyatrik rahatsızlıktır.

Bir intihar teşebbüsünden sonra çocuk psikiyatrisi servisine yatırılmış 13-18 yaş arası 100 ergenden (31 erkek, 69 kız) 81'i majör depresyon ve 10'u da distimik bozukluk geçirmiştir (Chabrol ve Moron, 1988).[1] Groholt ve diğerleri (2000)[2] bir intihar teşebbüsünden sonra klinik gözlem altına alınmış 91 ergen arasında % 53 majör depresyon gözlemlemişlerdir.

C) *Ergen intiharlarında depresyonların sıklığı.* – Bir intiharı belirlemiş psikolojik koşulları yeniden oluşturmak güçtür. "Psikolojik otopsi" olarak adlandırılan bu yaklaşım ana babanın işbirliği eksikliğiyle ve inkâr teşebbüsleriyle karşılaşır. Shafii ve diğerleri (1985)[3] intihar etmiş olan 12-19 yaş arasındaki 20 kişinin anne babası arasında bir soruşturma gerçekleştirdiler. İntihar tehdidinin sıklığı (% 55), intihar teşebbüsleri (% 40), alkol ya da uyuşturucu kullanımı (% 70), antisosyal davranışlar (% 70) ve depresif

1) Chabrol H., Moron P. (1988), "Depressive disorders in 100 adolescents who attempted suicide", *American Journal of Psychiatry*, 145, 379.

2) Groholt B., Eckeberg O., Wichstrem L. ve diğerleri (2000), "Young suicide attempters: a comparison between a clinical and an epidemiological sample", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 868-875.

3) Shafii M., Carrigan S., Whittinghill JR ve diğerleri, "Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents", *American Journal of Psychiatry*, 142, 1061-1064.

görünümlü ketleme tezahürleri (% 65) temel özellikleridir. Shaffer (1988)[4] 20 yaşın altındaki kişilerde 114 intihar vakası inceledi. 97 erkek intihar vakası arasındaki psikolojik otopsi, % 67 antisosyal tutum, % 37 uyuşturucu ve alkol kullanımı ve % 50 majör depresyon buldu. 17 kadın intihar vakasında % 30 antisosyal davranış, % 5 uyuşturucu ve alkol kullanımı ve % 50 majör depresyon görülmüştür. Brent ve diğerleri (1988)[5] 27 ergen intihar vakası incelediler. Anne babanın verdiği verilere göre, içlerinden % 93'ü intihar anında en azından bir majör psikiyatrik tanı gösteriyordu: psikoaktif madde kullanımı (% 37), davranış bozukluğu (% 22), genelleşmiş kaygı (% 15), ayrılık kaygısı (% 15); % 63'ü mizaç bozukluklarından rahatsızdı ki bunların % 41'i majör depresyon, % 22'si distimi ve % 7'si karma durumlardı; % 22'sinin bipolar bir rahatsızlığı vardı. İntihar anında, bipolar rahatsızlığı olan altı ergenden ikisi karma bir durumdaydı ve dördü çöküntü içindeydi. İntihar öncesi altı hafta boyunca, çöküntü içindeki ergenlerin hepsi manyak ya da hipomanyaktı. Bipolar rahatsızlığın gelişimi, altı vakadan üçünde davranış bozukluklarıyla ve altı vakadan üçünde de uyuşturucu ve alkol kullanımıyla karmaşık bir hale gelmişti.

4) Shaffer D. (1988), "The epidemiology of teen suicide: an examination of risk factors", *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 36-41.

5) Brent D. A., Perper J. A., Goldstein C. E. ve diğerleri (1988), "Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal impatients", *Archives of General Psychiatry*, 45, 581-588.

II. Depresyon ile intihar ilişkisi

Depresyon ve intihar ergende karmaşık ilişkiler oluşturur. Alışıldık anlayışlar depresyonu intihar davranışlarından doğrudan doğruya sorumlu tutar ya da depresyona ve intihara ortak bir nedensellik atfeder: Psikanaliz açısından özneye karşı yönelmiş saldırganlık ya da bilişsel yaklaşım açısından umutsuzluğun ve karamsarlığın egemen olduğu bilişsellikler. Ama, aynı zamanda, intihar tutumları depresyona karşı bir savunmayı da temsil edebilir ya da tersine, depresyon intihara karşı bir savunma olarak görülebilir. İntihar tutumları depresif bir ıstırapla yüzleşmekten kaçınmanın bir yolu olarak görülebilir. Bunlar, "benliğin nesneye bağımlılığı üzerinde hakimiyet ve zaferin bir veçhesi"ni temsil ederler (Jeammet, 1985). Kendini ölüm tehlikesine maruz bırakan ergen kendi kendinin efendisi olduğunu ileri sürer. Kendi güçsüzlüğünü ve üzüntüsünü inkâr eder ve bir mutlak-erk yanılsamasına varır. Depresyon intihara karşı savunma olarak hizmet edebilir. Hendin (1982)[6] "yaşam tarzı ölüm olan" ergenleri tarif eder. Anne babalarının red tutumlarına, duygusal yaşamlarının reddine erkenden maruz kalan bu ergenler "ölüm içinde büyümüşler"dir, kendi içlerindeki her coşku ve umudu öldürmüşlerdir, tek yaşama tarzları olan depresyon içinde donup kalmışlardır. Onların fiziksel değilse de duygusal ölümleri, aile ilişkilerinin sürdürülmesinde onlara zorunlu gelmektedir. Bu ergenler "kendi yaşama güçlerinin ket-

6) Hendin H. (1982), "Suicide in America", New York, WW Norton & Company.

lenmesini yaşamın bedeli olarak algılarlar." Depresyonun işlevi anne babayla onur kırıcı bağı sürdürmek, şiddetlerinin yoğunluğundan onları korumak ve heyecanlanma ve zevk alma olasılıklarını ortadan kaldırmaktır. İntihar fikirleri onlara kendi alışıldık depresyonlarını tartışma konusu eden bir bağımsızlık, başarı, özgürlük ve zevk olasılığı sunulduğunda ortaya çıkar. Yaşamın davetinden intihara kaçarlar. Göründüğü kadarıyla ya da hastanın dediği gibi, "depresyonlu yaşam dayanılmaz değildir, depresyonsuz yaşam düşünülemez." İntihar fikirleri ya da teşebbüsleri depresyonun koruyucu yaşam yokluğunu ödünlemeye yarar. İntihara teşebbüs etmiş olan bir ergen kendisinin bir bölümünü öldürdüğüne bilinçsizce inanır: "Kendini öldürmeye teşebbüs etmiş olmak, hayali anlamda, kendisinin bir bölümünün ölmüş olduğu ve onunla bir ilişkiyi koruduğu anlamına gelir" (Laufer ve Laufer, 1984). Kendinin bu ölü bölümünü psişik işleyiş içinde sabitleyen intihar teşebbüsü depresif sorunsalı kalıcılaştırır.

IV. Bölüm

TEDAVİ

Olası çok sayıda belirlenime karşılık çeşitli tedaviler önerilmiştir: Analitik psikoterapiler, bilişsel-davranışsal terapi, aile terapileri ve etkinliklerini değerlendirecek incelemeler bulunmadığından tıbbi yararlılıkları belirsiz kalan biyolojik tedaviler. Onaşmalı klinik deneyim ve gerçekleştirilen bazı mukayeseli incelemeler, ergenin hafif ve ılımlı depresyonlarının başlangıç tedavisi olarak psikoterapiyi önermişlerdir (AACAP, 1998). En fazla sayıda değerlendirme incelemesinin konusu olmuş bilişsel ve davranışsal terapiler, dinamik psikoterapiler, kişilerarası psikoterapi belli bir etkinlik göstermiştir. Serotoninerjik antidepresanların yeri şimdi çok belirsizdir. Anne babanın katılımı genellikle şarttır. Anne babanın depresyonunun tedavisinden aile terapisine dek çeşitli türde müdahaleler eşit düzeyde yararlılık göstermişlerdir.

Ergenin gösterdiği sorunların sık rastlanan çokluğu –ikili ya da kronik depresyon, komorbidite sıklığı, toplum-

sal ve eğitim güçlükleri, anne babayla ve çevresiyle çatışmalar, anne baba psikopatolojisi, eşlerin anlaşmazlıkları ve yüksek stres düzeyi– her bir öznenin ve her aile yapısının özelliklerine uyarlanmış bir terapi projesi hazırlamayı gerektiriyordu. Çoktarzlı ya da entegre tedavilerin önemi giderek daha fazla kabul görmektedir (AACAP, 1998). Kişiler arası ve psikodinamik, bilişsel-davranışsal terapi yaklaşımlarının bileşimi ya da entegrasyonu artık tavsiye edilmektedir (Park ve Goodyer, 2000). Şurası açıktır ki, semptomların hafiflemesi önemli ama çok yetersiz bir değerlendirme ölçütüdür. Terapinin kabul edilebilirliği ve olgunlaşmamış terapi kopmalarının önlenmesi üzerine, semptomların hafiflemesi, tekrar ve nüksetme durumlarının önlenmesi üzerine, bütün olarak psikososyal işleyişin uzun vadeli evrimi, yaşam kalitesi ve fiziksel sağlık üzerine farklı terapi yöntemlerinin ayrımsal ve tamamlayıcı değerlendirme incelemeleri gerekmektedir. Sağlıklı bir gelişim sağlamak, tekrarları ve nüksetmeleri önlemek için uzun bir tedavi gerekliliği artık kabul görmektedir (AACAP, 1998). Fransa'da, çöküntü içindeki ergenlerin yalnızca bir azınlığı konsültasyona gelmektedir (Gasquet ve diğerleri, 1997).[1] Uyarlanmış bir bakıma yönelik katılımı kolaylaştırmak için kullanılacak araçlar üzerine düşünmek gerekmektedir.

1) Gasquet I., Chavance M., Ledoux S., Choquet M. (1997), "Psychosocial factors associated with hep-seeking behavior among depressive adolescents", *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 151-159.

I. – Psikolojik eğitim

Terim, uluslararası literatürde ergene ve anne babasına, onları "terapi ekibinin bilgili partnerleri" yapmak için verilen bilgi ve öğütleri belirtmektedir. Verilen bilgiler ve ana babanın katılım derecesi ergenin gelişim evresine ve arzularına uyumlu olmalıdır. Bütün terapi projelerinin önemli bir veçhesi olarak kabul edilen bu psikolojik eğitimin tedaviye katılımı güçlendirdiği bilinmektedir (AACAP, 1998; Park ve Goodyer, 2000). Bilgiler, depresyonla, semptomları, belirlenimleri, sonuçları, gelişimi ve tedavisiyle ilgilidir. Ergcnin ıstırabını tanımak, daha iyi kavrayabilmek, bir alışveriş ve işbirliği ortamı oluşturabilmek gerekse de, depresyonu adlandırmak tartışma konusu olabilir. Depresyon olarak belirtmek, kendini "deli" sanabilecek, şizofreniden kuşku duyabilecek ya da kendisine yönelik ahlaki bir yargı bekleyen veya terapist tarafından kötü kabul edilmeyi bekleyen ergeni yatıştırabilir. Buna karşılık, depresyon tanısı koymanın sonucu onu şeyleştirmek, iç çatışmayla bağını koparmak ya da kendisinin sınıflandırıldığını, değersizleştirildiğini ya da reddedildiğini hisseden bir ergen için ilişkiyi insanilikten çıkarmak sonuçlarına gelebilir. Çöküntü içinde olduğu bilinen ebeveynden biriyle olumsuz özdeşleşme kötü bir rastlantı sonucu onaylanabilir. Sonuçta, bazı ergenler bu tanıyı kendi pasifliklerini meşrulaştırmak için kullanabilirler (Haley, 1980). Verili bilgilerin olumsuz bilişsel çarpıklıklarını da dikkate almak gerekir: Ergenin bu konudaki düşüncesi ve bunları hissediş tarzı dikkatle ve saygıyla aktif olarak araştırılmalıdır.

II. – Psikoterapiler

Yakın dönemdeki değerlendirme incelemeleri hayalkırıklığı yaratan sonuçlar vermiştir. Tesadüfen derlenmiş 35 incelemeyi bir araya getiren kesin bir meta-analiz (Weisz ve diğerleri, 2006)[2] değerlendirilen psikoterapilerin mütevazı ve çok dayanıklı olmayan etkisini ortaya çıkartır (ortalama etki çapı = 0,34). Analitik psikoterapiler değerlendirilmemiştir.

1. Analitik psikoterapiler. – Genellikle destek işlevinin yorumlama çalışmasından önce geldiği psikoterapiler önerilmektedir ki bunun ergendeki sınır ve güçlükleri vurgulanmıştır. Ama bu tür yaklaşım çoğunlukla yetersiz olarak değerlendirilmiştir: Bazı ergen depresyonlarının gerçek bir psikanalitik tedavi zorunluluğu kesin bir şekilde ileri sürülmüştür. Ladame (1981) ergenin intihar teşebbüsleri karşısında tek bir alternatif olduğunu kabul eder ve bu teşebbüslerin ciddi bir patolojinin ifadesi olduğunu büyük ölçüde göstermiştir: Ya benliğin sağlıklı kısımlarını destekleyen ve güçlendiren bir terapi için dinamik tedavilerden vazgeçilir ya da sahici bir terapi eylemi ileri sürebilecek tek şey olan yoğun ve derinlikli bir psikoterapiye girişilir. İntihara eğilimli bu ergenlerle birlikte, Ladame bir aktarım psikozunun kaçınılmaz olduğunu düşünmektedir; burada analiz zulmeden içsel nesneyle tamamen özdeşleş-

2) Weisz J. R., McCarty C. A., Valeri S. M. (2006), "Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis", *Psychological Bulletin, 132*, 132-149.

miştir. Bu durum, çok güçlü intihar eğilimlerinin yeniden ortaya çıkmasını ve eyleme geçiş yönünde önemli bir riski koşullar. Bu olumsuz terapi tepkisi vakitsiz kesinti sıklığını açıklıyordu: intihara kalkışan ergenlerin % 70'i Ladame serisi içinde 10 oturumdan daha kısa süre içerisinde tedavilerini kesintiye uğratmışlardır. Laufer'e göre, gelişmede kesintiye uğramanın saptanması, gelişimin kesintiye uğramasının (*transference breakdown*) aktarım içinde tekrarını sağlaması gereken psikanalitik bir tedaviyi gerekli kılmaktadır. Burada terapi uzmanı "nefret edilen kişi olur, öldürülmek istenen, patoloji, depresyon ve yaşamın hiç anlamı olmadığı duygusu için kınanan kişi olur" (Laufer, 1986).[3] Bu duygusal canlanma ve perlaborasyon marazi sürecin önlenmesi için kaçınılmazdır: Bunların yokluğunda gelişmeyi kesintiye uğratan yıkıcı güç azalmamıştır (Laufer ve Laufer, 1984). Ladame ve Laufer ciddi bir psikopatoloji sergileyen ergen depresyonunun psikanalitik bir tedavi alanına girdiği konusunda hemfikirdirler. Jeammet (1985) terapinin biçim ve ritmini her bir duruma uyarlama iddiasındadır. Psikopatoloji, ergenin katlanma düzeyi, ama aynı zamanda terapistin formasyonu da dikkate alınacaktır. Az çok yoğunlaştırılmış ve uzatılmış bu psikoterapiler ortak ilkelere başvururlar. Yeterince sağlam bir terapi ittifakının yerleşmesi ve sürmesi tedavi için zorunlu bir koşuldur. Birinci buluşmanın önemi burada belirleyicidir. Terapistin ergen karşısındaki tutumları hem esneklik hem kesinlik

3) Laufer M. (1986), "Psychopathologie de l'adolescent et objectifs thérapeutiques", *La psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui* içinde, F. Ladame ve P. Jeammet (yay. haz.), Paris, PUF, s. 61-86.

gerektirir: Terapist dostça davranmalı ama baştan çıkartıcı olmamalıdır, dikkatli ve faal olmalı ama öğretici olmamalıdır, yatıştırıcı yaklaşmalı ama korumacı olmamalıdır, samimi ve kendiliğinden olmalı ama aynı zamanda düşünerek ve profesyonel davranmalıdır. Büyük ilgi göstermeli ama küçümsemememelidir, empati göstermelidir duygudaşlık değil, hoşgörü göstermelidir ama suç ortağı olmamalıdır. Terapist fazlasıyla düş kırıcı ya da ödüllendirici olmamalıdır. Ergen, yansızlığı çoğu zaman ilgisizlik ya da düşmanlık olarak görür. Çok samimi bir tutum davetsiz misafir olma ya da bağımlılık korkusu kışkırtabilir. Terapist ergenin ve onun çiftanlamlılıklarının çelişik beklentilerine cevap verebilir ve uyum sağlayabilir bir ilişki tarzı önermelidir, aynı zamanda da salınımlara hakim olucu ve hızını kesici yaklaşmalıdır. Her koşulda, terapistin imgesini deforme edici bilişsel yansıtmaları, çarpıtmaları kaçınılmaz kabul etmek gerekir ve ilişki üzerine bir meta-iletişimi başlatma fırsatı da kaçırılmamalıdır. Terapistin davranışlarını yorumlama, bunları tartışma, sorgulama imkânını ergene erkenden tanımak, bir işbirliği ve karşılıklı saygı ortamı yaratmaya katkıda bulunur. Terapi yaklaşımı ve önerdiği çerçeve, ergenin çelişik beklentilerine cevap vermeye çabalamalı, destek vererek denetlenme korkusunu yatıştırmalıdır. Değerlendirme evresinden itibaren bir işbirliği ortamı oluşturmak önemlidir: Bir terapistle karşılaşan ergenler kendilerinde kötü bir şey keşfedilmesinden korkarlar; değerlendirmenin yönelim saptırıcı ve ürkütücü etkisi, örneğin ergene sorulara cevap vermeme olasılığı vererek ve bunu onlara açıklayarak azaltılmalıdır: "Ergen, bizim neyi niçin yaptığımız üzerine açıklamalarımız dolayısıyla, yolunda gitmeyen şeye nasıl

karar verebileceğimizi ve yardım etmek için ne yapabileceğimizi anlamaya da başlamalıdır" (Laufer ve Laufer, 1984). Terapi ittifakının kurulması aynı zamanda ergenin ıstırabını ele alma olanağına, bunun ifadesini kolaylaştırma ya da en azından, bunun kabulünü hoşgörülü kılma imkânına da bağlıdır. Faal ama ihtiyatlı bir yaklaşımla, terapist, semptomların tartışmasını aşarak, ergen yaşamının güncel çatışmalarını ve buna bağlı olumsuz duyguları ele almalıdır. Ergenin kendi sıkıntısının ifadesini yeniden belirtmesine, olumsuz duygularını tanımlamasına yardımcı olmak yeterli olabilir. Ergen olumsuz duyguları sözel olarak ifade etmediğinde, bunlar onun mimiklerinden, niyetlerinden çıkartılabilir ve bu durumda, onların altındaki duyguları adlandırarak ya da savunmacı tutumları yorumlayarak ergenle karşı karşıya gelmekte ihtiyatlı olmak gerekir. İncinebilir bazı ergenler karşılarına depresyon çıkarılmasını güçlükle tolere edebilirler ve "terapist terapi temasını kesecek ve/veya becerikli davranışlarla duruma hakim olmaya yeniden teşebbüs edecek kadar ihtiyatlı ve nazik mi?" (Jeammet, 1987)[4] diye sınama riskine girerler. Bu ergenlerin çoğunun daha önce kendi sorunlarından, onları ciddiye alan ve kendi önemleriyle yüzleşmelerini ve deyimi katlanılır kılmayı sağlayacak birine söz etme fırsatları hiç olmamıştı: "Muhatap ve ergen kötü olan şeyi birlikte ifade ettiklerinde, ürkütücü meçhul kişinin gücü azalır ve aynı zamanda ergen yolunda gitmeyen şeyi birinin anlayabileceği ve ona yardım edebileceği umudunu hissetmeye baş-

4) Jeammet Ph. (1987), "Les limites de la psychothérapie dans la toxicomanie", *Confrontations Psychiatriques*, 28, 265-275.

layabilir" (Laufer ve Laufer, 1984). Terapistin ergenin ıstırabıyla yüzleşmeye gittiği bu yaklaşımda, intihar fikir ve projelerini doğrudan doğruya soruşturmak önem taşır. Bu doğrudan sorgulama, terapistin kendi ıstırabıyla yüzleşme kapasitesi hakkında ergeni yatıştırır. Üzüntüsünün anlaşıldığı ve ciddiye alındığını ona iletir. Tedaviye motivasyonu teşvik etmek için, terapist kendisini ve ailesini daha iyi tanımasına, başkalarıyla daha ödüllendirici ilişkiler kurmasına ve yeterlilik, kendine saygı, kendini daha iyi kavrama ve hayatta gerçek bir seçim olasılığı duygusuna erişmesine yardım edebileceğini belirtebilir. Ergenle birlikte değer verebileceği gerçekçi hedefler tanımlamak, seçilen yolu ona açıklamak ve onunla birlikte hoşgörü ve etkinliği değerlendirmeye girişmek önemlidir. Ergenin terapide aktif bir rol benimsemesinin ve "birlikte bir şey yapabilmek için ona ihtiyaç duymasının" (Jeammet, 1987) önemi üzerinde ısrar etmek, bir sorumluluk duygusu yaratmaya ve denetlenme kaygısını azaltmaya ve terapinin pratik örgütlenmesine onunla birlikte karar vermeye katılır. Karşılıklı olarak uzlaşılmış bir terapi sözleşmesi, buluşmaların süresini ve sıklığını öngörerek ve pazarlık yapılmış düzenleme olasılığına kapı açarak, ergene terapistin desteği ve özerkliğine saygı güvencesi verebilir. Bazı seanslara gelmeme ihtimali ve terapistin tepkileri tartışılmalıdır: Genellikle bir seansı kaçırmış olan ergen terapistin misillemede bulunacağı korkusuyla yeniden temasa geçmekten kaçınır. Keza, vakitsiz bir kesinti ihtimalini de öngörmek gerekir. Ergenin terapiyi kesintiye uğratma hakkı hatırlanabilir ve tartışılabilir. Ergen terapiyi kesintiye uğratarak terapistin angajmanını sınayabilir. Terapistin ergenle yeniden temasa

geçmeye çalışacağını belirterek bu olasılık önlenebilir. Terapi ittifakını beslemek için en olgun yanlarda olumlu aktarımın gelişmesine izin verilebilir. Bu durum terapistle özdeşleşmeyi kolaylaştırabilir ki bu genellikle önemli bir terapi unsurudur. Terapistin, uygun anlarda, kişilerarası ilişkilerle, kendine saygı ve akılcı bir okul başarısının gerekliliğiyle ilgili kendi kişisel değerlerini aktarmaktan kaçınmaması da gerekir. İlkel idealleştirme ya da terapistin büyülü gücüne inanç gibi olumlu aktarımın daha arkaik unsurları öngörülmeli ya da geliştirilmelidir. Ergenler terapistin semptomları büyülü bir şekilde yatıştırmasını bekleycbilirlcr. Ergcnin tcrapist tarafından daima hayal kırıklığına uğratılacağını ve bu hayal kırıklığının onu eyleme geçmeye teşvik edeceğini önceden bildirmek yararlı olabilir. Bu müdahalenin önleyici etkisi, öngörülebilir şekilde davranmayı sevmeyen asi ergenlerin çelişki anlayışına bağlıdır. Terapistin ergenle ilişkiye girme çabaları genellikle ergenin kuşku ve güvensizliğiyle karşılaşır. Meçhul bir yetişkin karşısında belli bir güvensizlik sergilemeyi genellikle haklı görmekte yarar vardır. Anti-sosyal ya da uyuşturucu müptelası davranışlarının terapiste bildirilmiş olduğu durumda özellikle kendisine dair sahip olunan bilgileri ergene sergilemek de önem taşımaktadır. Ergen terapistin bunlar hakkında bilgisi olduğunu bilirken ya da bundan kuşku duyarken bu konularda susmak, terapistin onun itiraflarını beklediği izlenimi verebilir ya da en azından, samimi olmadığı, düzenbazlık yaptığı veya sorunlarıyla yüzleşmeyi beceremeyeceği kaygısı uyandırır. Ergene olaylara dair kendi bakış açısını ve kendi versiyonunu sergileme fırsatı vermeli. Ergen anne babasını suçlarsa terapist onla-

ra karşı ergenle ittifak yapıyor konumuna düşmemeli, sözlerini sessizliğiyle de desteklememeli. Bu tutumlar ergeni, anne babasına karşı gizli sadakati nedeniyle, terapi temasını kesmeye yöneltebilir. Terapist, yansızlık tutumunu koruyarak ya da duruma göre anne babanın olumlu beklentilerine katılarak, ergenin anne babasıyla ilişkilerini ve tutumlarını daha iyi anlamasına yardım etmeye çabalamalıdır. Terapistin bu davranış bozuklukları ve ortaya koydukları ikilem karşısındaki tutumunun aydınlatılması gerekir. Terapist ergene şunu açıklayabilir: Bu davranışları onaylamıyorsa ve bunların sona ermesini istiyorsa, ergen terapistin amacının onu kısıtlamak, denetlemek ve ailesi ve mevcut toplum tarafından kabul edilebilir kılmak olduğunu düşünebilir; eğer tersine, hiçbir şey demezse, ergen kendisiyle ilgilenmediği, hiçbir değişim umulmadığı ya da eyleme geçme konusunda onunla gizli bir anlaşması olduğu sonucunu çıkartabilir. Özellikle terapistin tutumu ergenin yaşamını tehlikeye atıyorsa katı sınırlar koymak şarttır. Terapist yıkıcı davranışlarının ergene çevresi üzerinde bir güç verdiğini kabul edebilir ama bundan gerçek avantajlar elde etmediği, rövanşı almaya kitlendiği, bunları tekrarlamaya kompülsif olarak mecbur olduğu ve gerçek bir serbest seçim olasılığı bulunmadığı kanısını kesin ve doğrudan ifade edebilir. Laufer'e göre, müdahale ânı temel önemdedir: Ergen kendini terapiste bağlı olarak ve onu yardımcı ben ya da üst-ben olarak kullanabilecek gibi hissetmeden önce buna kalkışmayı yararsız görür. Bu aynı müdahaleler tedaviyi cinselleştirebilir: Ergen psikanalisti denetleyen ve cezalandırıcı üst-ben olmaya ve psikanaliste pasif itaat

fantasmasına katılmaya zorlayabileceğini hissedebilir (Laufer ve Laufer, 1984). Bu yazarlar, eyleme geçişlerde fantasmaların ve duygulanımların sürekli yitimindense tedavinin bu cinselleşmesine karşılık vermenin daha kolay olduğunu düşünürler. Terapistle karşılaşma bağımlılık çatışmalarını erkenden alevlendirebilir. Çöküntü içindeki ergenin nesne açlığı, gereksiz yere karışma, denetim ve kaynaşma korkusuyla dengelenebilir. Eğer bağlanırsa terk edilmekten ve reddedilmekten korku duyabilir ya da terapi ilişkisini kendi özerkliğine bir tehdit olarak hissedebilir. Bağımlılık ihtiyacı, bir zaaf, utanç verici ya da tehlikeli bir durum olarak yaşanabilir çünkü pasif itaat yönündeki regresif ihtiyacı ifade etmektedir.

Aktarımın olumsuz yanlarının inkârıyla kırılganlaşmış bir ilişkiye dayanarak yeterli bir düzeltici duygusal deneyime erişmeyi ummamak gerekir. Ergenin terapist karşısındaki düşmanca duygularının kökeni çeşitlidir. Terapist olumsuz aktarım tepkilerinden kaçınmaya çalışabilir çünkü bu noktada ergenle karşı karşıya gelmenin tedavide kesintiye ya da bir tepkiye yol açmasından çekinir. Ama böyle bir kaçınma ergenin kaygısını artırır. Birçok ergen, öfkelerine karşı koyabilecek kadar güçlü gördükleri bir yetişkini umutsuzca arıyor gibidir: Ergen öfkesinin ne misillemeye ne de teslimiyete yol açacağı bir ilişkiye ihtiyaç duyar. Terapi ergenin öfkesinin kabul görebileceği, hoşgörüleceği, zaptedileceği ve yatıştırılacağı, güvenlik içinde incelenebileceği bir ilişki sunmalıdır. Düşmanca duyguların dolaylı tezahürleri ve bunlara karşı yerleşen savunmalar erkenden saptanmalı ve yorumlanmalıdır; bu, genellikle terapideki işbirliğini iyileştirir. Ergen bu durumdan terapistin düş-

manca duyularından çekinmediğinin ve bunların ifadesinin ve kabulünün ilişkiyi ortadan kaldırmadığının kanıtını görür. Çok kırılgan ergenlerde, ilk başta, genetik kökenleri yorumlamadan şimdi ve burada negatif aktarımın sistematik oluşumu tavsiye edilebilir. İlkel savunma mekanizmalarını, aktarımın içinde işlem gördüklerinde yansıtma olarak yorumlamak yararlıdır. Çöküntü içindeki ergenler genellikle kendi suçluluk duygularını terapistin üzerine atarlar ve bir cezaya çarptırılacak şekilde provoke edici tarzda davranırlar. Genellikle reddedilmeyi beklerler ve kendi retlerini ifade edebilmek için terapistin reddini bilinçsizce kışkırtmaya çalışırlar. Bu tutumların vakitsiz yorumlanması terapi bağını güçlendirebilir.

Bu bağ kurulup güçlendiğinde, psikanalitik çalışma öncelikle yakın geçmişi ve buluğun muhtemel travmatik deneyimini araştırmalıdır: "Yakın geçmiş ergen için bir anlam edinirse, ergenlik öncesi geçmişin yeniden inşaası tamamen entelektüel ve duygusal olarak ölü bir deneyim olur" (Laufer ve Laufer, 1984). Oidipus-öncesi ve Oidipusçu geçmişin vakitsiz yeniden kurulması ergene tedavinin anlamı olmadığı izlenimi verebilir, yeter ki yorumlar öncelikle hastanın güncel cinsel bağlamına yerleştirilmiş olsun: "Tedavinin temel hedefi buluğ deneyimini düzeltmektir" (Laufer ve Laufer, 1984). Analitik terapi tarzları hâlâ tartışmalıdır. Kabul edilebilirliği, kısa, orta ve uzun vadeli etkileri değerlendirme incelemeleri gereklidir.

2. Bilişsel-davranışsal terapiler. – Davranışsal ve bilişsel terapiler depresif tutumları değiştirmeyi hedefleyen araçlar bütünü önerir.

A) *Davranışsal terapi.* – Ergen depresyonunun davranışsal terapileri iki terapi ekseni etrafında birbirlerine eklemlenir: pozitif faaliyetin artışı ve toplumsal yeteneklerin geliştirilmesi.

a) *Faaliyet programları.* – Çöküntü içindeki ergenin uyarlanmış davranışlarının azalması, okuldaki ve toplumsal işlevleri üzerindeki sonuçları, kendi kendini olumsuz değerlendirmeleri besler ve şiddetlendirir. Faaliyetsizlik, başlı başına, depresif mizacı şiddetlendirir. Davranışsal terapiler ergenin pozitif faaliyetin sıklığını artırmasına yardım edecek araçlar önerir. Bu araçlar, ergenle birlikle öngörmekten, kademeli görevler ve faaliyet programları saptamaktan ibarettir. Kademeli görevler yöntemi ergene terk ettiği faaliyete, özellikle okul görevlerine yeniden katılmasına yardımcı olması için gereklidir. Ergenin bir yenilgi duygusuyla karşı karşıya kalmasını önlemek için birçok araç kullanılabilir. Görev, ergenin yapabileceklerini değerlendirmeyi sağlayan bir deneme olarak ve icra teşebbüsü sırasında etken hale gelen olumsuz bilişsellikler olarak tanımlanabilir. Bilişsel bir tekrar, ergenin görevin gerçekleştirilmesinde karşılaşabileceği olası –dışsal, davranışsal ya da bilişsel– engelleri tarif etmeyi sağlar: Görevin başarısına yol açan sekansın bütün ardışık evrelerini hayal etmesini hastadan talep etmekten ibarettir. Aynı zamanda, ergenle birlikte en ufak değişimi tanımlayarak ve gerçekleşmesini denetleyerek yenilgi riski asgariye indirgenebilir. Bu kademeli görevlerin gerçekleşmesinin her bir evresi terapist tarafından teşvik edilmiştir. Faaliyet programlarının hedefi, uyarlanmış tutumları ve ergenin bundan bekleyebileceği olumlu teşvikleri artırmaktır.

Yöntem, okul çalışmasıyla ve boş vakitlerle ilgili faaliyet programlarını ergenle birlikte planlamaktan ibarettir. Bilişsel tekrar engelleri saptamaya ve buna çare bulmaya yardım edebilir. Terapist yenilgi duygularını önleyebilmeli ve en önemli şeyin programı gerçekleştirmeye çalışmak ve mizaç üzerindeki sonuçlarını gözlemlemek ve burada faal olan olumsuz bilişsellikleri saptamak olduğunu açıklamalıdır.

b) Kendi kendini teşvik etme. – Ergen, olumlu biçimde söze dökerek, depresif olmayan tutum ve davranışları teşvik etmeyi ve ödüllendirmeyi kendi kendine öğrenir.

c) Sorunların çözümüne hazırlanma. – Ergen toplumsal işleyiş içindeki bazı güçlükleri aktif ve olumlu olarak ele almayı, birçok evreyle işleyen yapılandırılmış bir yöntemle öğrenir: sorunun saptanması, olası çözüm arayışları, avantajlarının ve sakıncalarının değerlendirilmesi, bir çözüm tercihi, sonuçların uygulanıp değerlendirilmesi.

d) Toplumsal yetilerin oluşturulması. – Çöküntü içindeki ergenlerin kişisel ilişkilerini iyileştirmeyi amaçlar. Özellikle iletişim tutumlarındaki eksiklik durumunda ya da aşırı saldırganlık olarak görülen sapkın toplumsal tutumlar karşısında belirtilir. Toplumsal etkileşim durumlarının taklit edildiği ve tekrarlandığı rol oyunları üzerinde temellenir. Gerçekleştirilen başarılar, yönergeler, teşvikler, özgül toplumsal yeteneklerin öğrenimini sağlayan modellerin tartışma ve taklidi sayesinde adım adım iyileştirilir. Bilişsel bir çalışma aynı zamanda toplumsal durumların değerlendirilmesini ve kişiler arası sorunların çözüm stratejisini iyileştirmek için de gerçekleştirilebilir. Bu yöntemler bir grup terapisine kolayca uyum gösterir.

B) *Bilişsel terapiler.* – Depresyonların bilişsel terapisi kısa bir psikoterapi olarak tanımlanmıştır. Burada, "terapist ve hasta özgül sorunlar üzerinde odaklanmak amacıyla ampirik bir yöntemin kullanımında işbirliği yaparlar" (Rush ve Beck, 1977). Terapi çalışmasının eksenleri, sorunların saptanması, duyguların saptanması ve ifadesi, olaylar, düşünceler, duygu ve tutumlar arasındaki ilişkilerin bilincine varılması, düşüncelerin varsayımsal niteliğinin tanınması, özneyi, çevreyi ve gelecek zamanı ilgilendiren işlevsiz, olumsuz düşüncelerin saptanması, daha gerçekçi düşünceler adına bunların sorgulanmasıdır. Terapistin çoğu müdahalesi, ergenin benliğinin kavranması ve içebakış yeteneklerini gerektiren ve geliştiren sorunlar biçiminde ifade bulur. Araştırma, dışsal gerçekliğin algılanmasından ergenin kendine ve çevresine dair taşıdığı yargılar, görüşler ve bunlara bağlı duygular dolayısıyla iç dünyanın algılanmasına doğru evrilir. Terapistle ilişki, bununla birlikte görülen duygu ve bilişsellikler düzenli tartışma konusu edilir. Bu yaklaşım, zihinsel faaliyeti, acılı bir düşünceden kaçış içinde donmuş ya da olumsuz bir düşüncenin istilası altındaki kimi ergenlere uygundur. İçsel dünyaya yeniden yatırım yapmayı teşvik edebilir ve bir diyalog ve ilişki kapasitesini yeniden geliştirebilir. Bilişsel çalışma, gelişimin yeniden başlaması için yeterli olmayabilir: Gelişme çalışmalarının fazla yüzeysel kalan boyutu ona esasen yabancı kalabilir. Bifokal terapi biçiminde bir analitik terapiyle işbirliği ya da bu iki terapinin birbiri ardına gelmesi düşünülebilir. Lewinsohn ile Clarke'ın meta-analitik incelemesi (1999) hastaların yaklaşık % 60'ının tedavi sonunda klinik bakımdan anlamlı bir iyileşme gösterdiği kanısındadır. Bununla bir-

likte, hastaların % 25'i ila % 50'sinde 6 aydan 2 yıla kadar uzanan dönemde depresyonun nüksettiği görülür.

Yakın dönemde yapılan incelemeler TCC'nin [bilişsel-davranışsal psikoterapi] destek terapisinden daha yüksek olduğunu açıkça kanıtlamamıştı. Clarke ve diğerleri (1999)[5] majör depresyon ya da distimi hastası 123 ergen arasında üç koşulu karşılaştırmışlardır: ikişer saatlik 16 seanstan ergen grup terapisi tek başına ya da ana baba grubuyla ve bir bekleme listesiyle bileşim halinde kullanılmıştır. Bilişsel-davranışsal grup terapisinin elde ettiği yatışma (% 67) beklenti listesininkinden yüksekti (% 48). Anne babalar için grup terapisinin eklenmesi etkinliği düzeltmiyordu. Bu yazarlar 2 yıl boyunca her 4 ayda bir tekrarlanan seanslar yoluyla tedavinin sürmesini basit bir takiple karşılaştırarak nüksetmelerin önlenmesini değerlendirdiler: Bu tür önlem etkili görülmemiş, nüksetme sıklığını azaltmamıştır. Birmaher ve diğerleri (2000)[6] en önemli bilişsel-davranışsal terapilerin karşılaştırmalı incelemesini gerçekleştirdiler. Rastgele seçilmiş majör depresyonlu 107 ergene 16-20 seans bilişsel-davranışsal terapi, sistemik davranışsal terapi ya da yönlendirici olmayan destek terapisinden oluşan 3 çeşit terapi uyguladılar. Kısa vadeli değerlendirme, bilişsel-davranışsal terapideki nüksetme

5) Clarke G. N., Rhode P., Lewinsohn P. M. ve diğerleri (1999), "Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacity of acute group treatment and booster sessions", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 272-279.

6) Birmaher B., Brent D. A., Kolko D. ve diğerleri (2000), "Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder", *Archives of General Psychiatry*, 57, 29-36.

sıklığının (% 60) sistemik davranışsal terapiden (% 29) ve destek terapisinden (% 39) daha yüksek olduğunu gösterdi. Bununla birlikte, kısa vadede her 3 tedavi de intihar fikirlerinin yatıştırılmasında ve toplumsal işleyişte benzer sonuçlar veriyordu. Diğer yandan, uzun vadede, terapinin bitiminden 2 yıl sonra, 3 tedavinin benzer etkinlikte olduğu ortaya çıkmıştır, benzer bir yatışma oranı (% 80), nüksetme oranı (% 30) ve kronik depresif gelişim (% 20) görülmüştür. Dahası, farklı değişkenler (bilişsel, ailevi...) üzerinde üç tür tedavinin etkisinin incelenmesinde özgül etkiler görülmüştür. Yazarlar bunu terapistin empatisi gibi özgül-olmayan unsurların önemiyle açıklamaktadırlar.

March ve diğerlerinin incelemesinde (2004),[7] majör depresyon tanısı konmuş 439 ergen kurayla dört terapi grubuna ayrılmıştır: 1) günde 10-40 mg arası dozda yalnızca fluoksetin (serotoninerjik antidepresan); 2) tek başına TCC (50-60 dakikalık 15 seans); 3) TCC ve fluoksetin; 4) klinik gözetim ve plasebo ürün (20-30 dakikalık 6 seans). Plasebo ve fluoksetin tek başlarına hem hastanın hem de gözlemcisinin bilgisi hilafına zerkedilmiştir, ne yönetici ne de hasta alınan ürünün aktif olup olmadığını bilmektedir. Buna karşılık TCC ve fluoksetin uygulanan grup üyeleri aktif ürün aldıklarını biliyorlardı. Tedaviler 12 hafta sürdü. Klinik hekimin yargısıyla değerlendirilen terapiye cevap oranları, TCC vve flluoksetin birlikteliğinde % 71'ken,

7) March J., Silva S., Petrycki S. ve diğerleri (2004), "Fluoxetine, cognitie-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized clinical trial", *JAMA*, 292, 861-863.

tek başına fluoksetin için % 61, tek başına TCC için % 43 ve plasebo için % 35'dir. Değerlendirme ölçeklerinde ortalama skorların karşılaştırılması TCC ile plaseboyla klinik gözlem arasında önemli bir farklılık göstermiyordu. Fluoksetinin plasebo üzerindeki belirgin üstünlüğü, ortalama skorların kişinin kendi depresif semptomatolojisini değerlendirdiği bir soru kağıdıyla karşılaştırılarak düşürülmelidir; bu semptomatoloji fluoksetine –ölçek skalası 90 puanken– 6 puanlık mütevazı bir üstünlük verir. Hastaların % 29'unda görülen klinik bakımdan önemli intihar fikirleri 4 grupta iyileşmiştir; en net iyileşme TCC ve fluoksetin tedavisi gören grupta meydana gelmişken, tek başına fluoksetin ve tek başına TCC plasebodan daha iyi gelmiyordu. Katılan hasta sayısı bakımından en önem taşıyan bu inceleme, semptomlara dikkat ile plaseboyu birleştiren bir takip üzerinde TCC'nin üstünlüğünü göstermemektedir.

Bir başka inceleme ergen depresyonlarında TCC'nin yeterince etkin olmadığı doğruluyor gözükmektedir. Goodyer ve diğerleri (2007)[8] doğal ortamda denetimli tesadüfi bir inceleme gerçekleştirmişlerdir: Ilımlıdan –kısa vadeli psikolojik müdahaleye cevap vermemiş– ciddiye kadar uzanan majör depresyonlu olarak kamusal akıl sağlığı merkezlerine başvurmuş 11-17 yaş arasındaki 208 ergen serotoninerjik antidepresanla tedavi edilmişler ve rutin takibe alınmışlardır; içlerinden 105'i tesadüfi olarak seçilerek, bi-

8) Goodyer I., Dubicka B., Wilkinson P. ve diğerleri (2007), "Sellective serotonin reuptake inhibittors (SSRIs) and routine specialist care with and wwithout cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: rrandomiised clinical trial", *BMJ*, 331 (7611): 142.

lişsel-davranışsal terapiyle birlikte tedaviyi takip etmişlerdir. Önceki incelemelerden faklı olarak, intihar eğilimi, psikotik depresyon ya da bununla birlikte davranış bozukluğu olan hastalar da incelemeye katılmıştır. Tedavi 12 hafta sürmüş, ardından 16 haftalık durumu koruma evresi gelmiştir. TCC haftalık 12 seanstan oluşmuştur, ardından iki aylık 7 seans, 28. haftaya kadar sürmüştür. TCC takipleri denetlenmiş ve terapistlerin TCC ilkelerine katılımları değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler 6., 12. ve 28. haftalarda yapılmıştır. 3 değerlendirme sırasında iki grup arasında hiçbir farklılık gözlenmemiştir. Bu farklılık yokluğu depresyonun ciddiyetinin, bilişsel-davranışsal tedavinin nitelik ve niceliğinin ve komorbiditenin kontrolünden sonra da varlığını sürdürmüştür. Tedavi boyunca, dezinhibisyon, öfke ve şiddet artışı ya da intihar fikirleri görülmemiştir; hastaların % 57'si gayet düzelmiştir, % 20'si iyileşmemiştir, yaklaşık yarısı hafiften şiddetliye doğru artış göstermiştir. Bu incelemede bilişsel-davranışsal bir tedavi eklenmesi gelişimi iyileştirmez.

3. **Kişilerarası psikoterapi.** – Kişilerarası güçlükler üzerinde odaklanmış bu kısa psikoterapi depresif rahatsızlıkları tedavi için geliştirilmiştir. Özerkleşme, aile dışında yakın ilişkilerin geliştirilmesi, yakın birinin ölümü deneyimi, arkadaşların uyguladığı kısıtlamalar ya da tek ebeveynli aile sorunları gibi gelişim sorunlarını ele alarak ergenlere uygulanmıştır. Mufson ve diğerleri (2004)[9] terapistlerin ki-

9) Mufson L., Dorta K. P. ve diğerleri (2004), "A randomized effectiveness trial of interpersoonal psychotherapy for depressed adolescents", *Archives of General Psycheatry*, 61, 577-584.

şilerarası psikoterapi eğitimi almış oldukları okul sağlık kliniklerinde bir inceleme gerçekleştirdiler. Psikoterapik takip için bu kliniklere başvurmuş ve depresif rahatsızlık hisseden (majör depresyon, distimi, ayırıcı özelliği olmayan depresyon, depresif uyum rahatsızlığı) ve ılımlı ya da ciddi depresif semptomatoloji gösteren 63 ergen, tesadüfi olarak iki gruba ayrılmışlardı. Bir bölümü kişilerarası psikoterapiyle tedavi görürken, diğeri bu kliniklerde verilen "alışıldık" tedaviyi görüyordu (esasen destek terapisi, gerektiğinde de birkaç aile seansıyla tamamlanır). Tedaviler 16 hafta sürmüştür. İyileşme oranları, değerlendirme aletlerine göre, kişilerarası psikoterapiyle tedavi gören grup için % 50-74 arasında değişirken, alışıldık tedavi için % 34-52 arasındadır.

III. – Aile terapileri

1. Psikanalitik aile terapileri. – Ergen depresyonlarında ailevi psikanalitik müdahaleler, esasen ailevi regresyonun ve çatışmaların dışsallaşmasının ergeni aile bağlarından yeterince serbestleşmekte ve bireysel bir terapiye katılmakta yetersiz kıldığı vakalarda belirtilir. Uzun süreli organize terapiler ender olarak mümkün gözükmektedir: Aileler buna katılmayı reddetmektedir ya da hızla kesintiye uğratmaktadır; özellikle "istisnai olarak gerçekleşebilir" (Ladame, 1981) göründüğü intihara eğilimli ergenlerin ailelerinde durum budur. Ailenin müdahalesi genellikle ergeni, bireysel tedavi alabilmesi için ailevi çatışmaların etkisinden çıkartma çabasıyla sınırlı kalır. Asgari müdahale gizli nefretlerin açıkça kabulünü gerektirir ki buna

karşı genellikle inkâr tavrı görülür: "Bilinçdışı fantasmalar düzeyinde, ergenin anne babası nefretlerinin kabülünün öldürebileceğini ve ilgi eksikliklerinin ise açlık yaratacağını hissederler" (Shapiro ve Freedman, 1987).[10] Ladame (1981) yansıtmalı özdeşleşmeleri gerçekten azaltmanın güçlüklerini de vurgulamıştır. Ailenin destek olucu işlevi, çoğu zaman, terapinin kopmasını önlemek için yorumlama çalışmasına baskın çıkmalıdır. Bir aile çalışması ile bireysel terapilerin bileşimi genellikle gereklidir. Bireysel aktarımlarda çatışmaların kabulü ve tekrarı dışlaştırmaların azalmasını ve ergeni bireysel bir terapiye girebilmesi için aileye çatışmalı bağlılıktan yeterince serbest bırakmayı sağlar.

2. Sistemik terapi. – Jay Haley (1981) bunun kurallarını ifade etmiştir: Terapist birinci buluşma için aileyi toplamalıdır. Anne baba suçlanmamalıdır. Tersine, ergenin sorunlarını çözmekle onlar görevlendirilmeli ve ergenin en iyi terapistinin onlar olabileceği ileri sürülmelidir. Tartışmalar ergenle ve davranışlarıyla sınırlandırılmalı, aile ilişkilerini ele almaktan kaçınmalıdır. Anne baba arasındaki çatışmalar, ergenin davranışları normale dönene dek göz ardı edilmeli, asgariye indirgenmeli ya da bir yana bırakılmalıdır. Anne baba yardım talep ederse, terapist bunu ergenin normal davranacağı zamana ertelemelidir. Evveliyat ve sorunun geçmiş nedenleri araştırılmaz: Vurgu şimdiki zamana ve burada yapılması gerekene yöneliktir.

10) Shapiro E. R., Freedman J. (1987), "Family dynamics of adolescent suicide", *Adolescent Psychiatry* içinde, S. C. Feinstein (yay. haz.), Chicago, The University of Chicago Press, 14, 191-207.

Terapist ergenle ittifak yaparak hiyerarşik karışıklığı şiddetlendirmekten kaçınmalıdır. Anne babanın ergenin sorumlusu olacakları normal bir hiyerarşiyi oluşturabilmek için anne babayla işbirliği içinde olmalıdır. Anne babayı çocuk aracılığıyla –ama olumlu biçimde– iletişime sokarak onları yakınlaştırır. Terapist buyurgan gözükür: Ergen için olumlu hedefler tanımlamalarına, başarı elde edebilmek için işbirliği yapmalarına yardım eder. Okula ya da iş yerine geri dönüş derhal değilse de hızla olmalıdır. Ailevi krizi ve değişim olasılığını kızıştıran şey, normale dönüştür. Ergenin tutumları normale döndüğünde aile istikrarını yitirir. Anne baba ayrılmakla ya da boşanmakla birbirlerini tehdit edebilirler ya da içlerinden biri rahatsızlanabilir. Onlarla daima işbirliği yapmış olan terapist bu durumda onlara yardım edebilecek konumdadır. Bu durumda ya ailenin çatışmalarını çözmelidir ya da ergeni bu çatışmaların dışına çıkarmalıdır; böylelikle anne baba kendilerini ergen aracılığıyla değil, doğrudan doğruya ifade edebilirler. Terapi yoğun bir katılım, ardından da hızlı bir ayrışma olmalıdır.

Bu yaklaşım özellikle okul eğitimlerinden ya da mesleki faaliyetinden kopmuş olan, çatışma ve bölünmeleri etkin otoriter kararların habercisi olan anne babalarının evinde pasif tutumlar içine kapanmış yaşayan büyük ergenler ve genç yetişkinler için önerilmiştir. Madanes (1981) bu yaklaşımın bir versiyonunu tarif etmiştir. Buna göre, çöküntü içindeki ergenin sorumluluğunu esasen çöküntü içindeki ebeveyn almalıdır.

Davranışsal aile terapisi. – Bu kısa, buyurucu terapiler ailenin güncel sorunlarına odaklanmıştır. Bu terapiler, ile-

tişim tutumlarını, kişiler arası sorunların çözüm tarzlarını, teşvik ya da cezalandırma yoluyla denetim araçlarını ve sorunların, nedenlerinin ve çözüm olasılıklarının algılanmasıyla ilgili bilişsellikleri iyileştirerek, işleyişte değişikliği hedeflerler. Çöküntü içindeki ergenin olduğu ailelerde, iletişimi iyileştirerek ve ergenin benimsediği tutumlara yönelik olumlu teşvikleri artırarak anne babanın ergen karşısında olumlu tutum sergilemesine yardım etmek önceliklidir. Anne baba, ergenin olumlu faaliyete yeniden katılımına yardım eden terapi ortakları rolü oynamaya davet edilirler.

IV. Biyolojik tedaviler

1. Antidepresanlar. – Kesin ve aktif olarak bilinen serotoninerjik antidepresanların intihar riskini artırdığından ve yeterince (ya da hiç) etkin olmadığından artık kuşku duyulmaktadır.

Eleştirel bir dergide, Jureidini ve diğerleri (2004)[11] yeni antidepresanların çocuk ve ergen depresyonundaki etkisi üzerine araştırma sonuçlarının "yararlarının abartıldığı" (s. 879) ileri sürülmüştür. Bu 6 incelemede kullanılan 42 ölçüden yalnızca 14'ünün antidepresan bakımından plasebo karşısında istatistiki bir avantaj sunduğunu vurgulamaktadırlar; hastanın ya da anne babasının doldurduğu soru

11) Jureidini J. N., Doecke C. J., Mansfield P. R. ve diğerleri (2004), "Efficacy and safety of antidepressnts for children and adoloscents", *BMJ*, 328, 879-883.

kağıtlarıyla yapılan 10 ölçüden hiçbiri antidepresan açısından önemli bir avantaj göstermemiştir. Antidepresanların etkinliğinden yana argümanların yalnızca hekimlerin değerlendirmesine dayandığını saptarlarken, en büyük 4 incelemeden 3'ünün ilaç sanayisi tarafından finanse edildiğini saptamışlardır. Nihayet, serotoninerjik ile plaseboyu karşılaştıran incelemelerin meta-analizleri düşük bir etki oranı göstermektedir (0,26). Çıkardıkları sonuç şudur: "Antidepresanların büyük bir yararı olamaz, ama küçük bir yarar mümkündür" (s. 882). Yeni incelemeler serontoninerjik antiderpesanların etkisizliğini onaylamıştır. Avrupa çapında çok merkezli bir inceleme (majör depresyonlu 13-18 yaşlarındaki 243 ergen) % 51 tam yatışma elde eden sitalopram ile plasebo (% 53 eksiksiz yatışma) arasında fark bulamadı (von Knorring ve diğerleri, 2006).[12] Amerika'da yapılan bir inceleme (7-17 yaş arasında ve majör depresyonlu 206 çocuk ve ergen) paroksetin ile plasebo arasında etkinlik farklılığı saptamamıştır (Emslie ve diğerleri, 2006).[13]

12) Von Knorring A. L., Olsson G. I., Thomsen P. H. ve diğerleri (2006), "A randomized, doubled-blind, placebo-controlled study of citalopram in adolescents with major depressive disorder: a randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial", *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*, 709-719.

13) Emslie G. J., Wagner K. D., Kutcher S. ve diğerleri (2006), "Paroxetine treatmen in cchildren and adolescents with major depressive disorder: a randomized, multicienter, double-blind, placebo-controlled trial", *Journal of the Academy of Child and Addlescent Psychiatry*, *45*, 709-719.

2. Benzodiazepinler. – Benzodiazepinlerden, okula uyumu bozan bilişsel etkileri, itkisellikteki artış ve dezinhibisyon etkileriyle bağımlılık riski ve toksikomani endüksiyonuyla saldırgan ya da intiharvari eyleme geçişleri kolaylaştırmaları nedeniyle kaçınılmalıdır.

3. Nöroleptikler. – Genellikle tek başlarına kullanılan antidepresanlara dirençli olan psikotik depresyonlarda gerekli görülür. Sedatif nöroleptikler, intihara kalkışmanın antidepresan tarafından kolaylaştırılabileceğine inanılan ciddi majör depresyonlarda geçici olarak da kullanılabilir.

4. Timoregülatörler. – Denetimli ender tesadüfi denemeler ve denetimsiz açık bazı incelemeler, ergendeki bipolar rahatsızlığın yetişkinle aynı ajanlara –lithium, karbamazepin, valproat– cevap verdiğini ileri sürer. Ürünlerin etkisindeki etkinlik ve sürat karşılaştırmalı olarak incelememiştir; keza kısa ve uzun vadeli yan etkilerinin yeterince bilinmediğini de vurgulamak gerekir. Her birinin ciddi yan etkilere yol açabileceği olgusu endikasyonlarının ve tedavi süresinin tartışılmasına katılır (Kowatch ve diğerleri, 2005).[14]

5. Elektroşoklar. – Bunların ergende kullanımı enderdir. Bununla birlikte, melankolinin ya da psikotik bir depresyonun tedavisinin başarısızlığı durumunda başvurulabilir olarak belirtilmişlerdir. Başka psikiyatrların görüşünü de almak

14) Kowatch R. A., Fristad M., Birmaher B. ve diğerleri (2005). Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 213-235.

gerekir, çünkü ergende elektroşokun yararı bir psikiyatrın yeterince deneyime sahip olamayacağı kadar enderdir. Eğer elektroşokun yararından söz edilirse, psikiyatr anne babaya bu tedavinin nedenlerini ve risklerini açıklamalıdır. Ayrıca ergene bu tedavinin içeriğini de açıklamalıdır (anestezi, geçici bir zihin bulanıklığı...). Fransızların bir incelemesi (Cohen ve diğerleri, 2000)[15] ciddi mizaç bozuklukları nedeniyle bilateral elektroşok uygulanan 10 ergenin gelişimini aktarmıştır: Son elektroşoktan yaklaşık 3,5 yıl sonra gerçekleştirilen bilişsel değerlendirmede, yaş, cinsiyet ve teşhis açısından eşleştirilmiş kontrol grubuna kıyasla özellikle bellek açısından bir bozukluk saptanmamıştır.

6. Diğer terapiler. – Çeşitli fototerapilerin gerekliliği ve uykusuz bırakma da ergende belirtilmesi gereken terapilerdir. Fototerapi ergenin kış mevsimi depresyonunda etkili görülmüştür (Jorm ve diğerleri, 2006).[16]

V. – Hastaneye yatırma

Hastaneye yatırma ender olarak belirtilmiştir. Melankoli ve psikotik depresyon durumunda, hatta intihar riski

15) Cohen D., Taieb O., Flament M. ve diğerleri (2000), "Absence of cognitive impairment at long term follow-up in adolescents treated with ECT for severe mood disorder", *American Journal of Psychiatry*, 157, 460-462.

16) Jorm A. F., Allen N. B., O'Donnel C. P. ve diğerleri (2006), "Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression in children and adolescent", *Medical Journal of Australia*, 185, 368-372.

taşıyan kriz durumunda gereklidir. Bir intihar teşebbüsünden sonra kısa süre hastaneye yatırma, tedavinin sürekliliğinin garantisi olacak, ergen ile ailesinin terapi amaçlı ittifakını sağlayacak karşılaşmaların yinelenmesine fırsat verir. Bununla birlikte bu tıbbi gereklilik tartışmalıdır ve Ladame bunu reddetmiştir (1981). Bu koşullar dışında hastaneye yatırmadan kaçınmak gerekir, çünkü "ne yazık ki genellikle hiçbir terapi niteliği taşımayan" (Ladame, 1981) bir gerilemeye varır ve ergeni hasta rolü oynamaya teşvik ederek patolojik işleyiş içinde ailenin istikrar kazanmasına katkıda bulunabilir (Haley, 1980).

VI. Terapi stratejileri

Ergen depresyonlarını tedavi stratejisi belirsizliğini korumaktadır. Karşılaştırmalı incelemelerin, uzun vadeli takiplerin genel yokluğu, terapisti, önerilen tedavi çeşitliliği karşısında tereddütte bırakır. Yine de bazı kesinlikler ortaya çıkar: Bir uzmanın görüşüne her zaman başvurulur. Tıbbi gereklilikler depresyonun ciddiyetini, komorbiditeyi, gelişim evresini ve uyumsuzluk ya da anne baba psikopatolojisi gibi depresyona bağlı diğer faktörleri dikkate almalıdır. Bireysel ve ailevi müdahalelerin bileşimi daima gereklidir. Yaşam koşulları olumlu olarak değiştirilmelidir ve sosyal ve okul uyumu korunmalı ya da onarılmalıdır. Semptomların iyileşmesi ya da hafiflemesi yeterli değildir. Gelişmenin de yeniden başladığına emin olmak gerekir. Sonuçta, bir farmakoterapi melankoliler için, psikotik depresyonlar için ve belirgin bipolar rahatsızlıklar için gereklidir. Bi-

reysel ve ailevi psikoterapi gereklilikleri de saptanmalıdır. Kişisel ve ailevi sorunların sıklaşan çokluğuna karşılık verebilmek için, bileşik terapi yaklaşımları genellikle gerekir. Bireysel terapide destek yanı önemlidir. Dinleme ve destek terapisinin kendisi kesin etkili gözükmektedir. Bir güvenlik temelini temsil etmekte olup, anne babanınkinden daha hoşgörü gösterilebilir bir bağlılık ilişkisi önererek, yatırımları bölüştürmeyi sağlar ve anne babayla bağımlılık ve özerkleşme çatışmalarını yatıştırır. Bu destek terapisi, örneğin aktarım sorunlarını araştırmak için psikodinamik türde müdahalelere ya da psiko-sosyal işleyişi ve kendine saygıyı iyileştirmek için bilişsel-davranışsal yöntemlere başvurabilir. Örneğin analitik bir terapiyle dışsal sorunları idarenin bilişsel-davranışsal terapisini birleştiren bifokal terapiler, analitik terapinin iç dünyaya odaklanmasını sağlayarak ve aktarım yatırımlarını bölüştürerek, önemli davranış bozuklukları ya da sınır kişilikle birlikte komorbidite durumlarında ilginç bir terapi tarzı olabilir.

Anne baba, eş ya da ailenin etkisi çoğu zaman gerekir. Analitik aile terapilerinin güçlükleri, davranışsal aile terapilerinden ya da J. Haley'in önerdiği türden sistemik terapilerden esinlenen daha mütevazı hedefli müdahaleleri tercih ettirebilir. Bunlar, kendi kaynaklarını kullanan ve sağlıklı işleyişini geliştirerek direnişleri ve kopma risklerini sınırlandıran aile karşısında olumlu bir tutumu paylaşırlar. Bu ailevi yaklaşımlar, yaşam koşullarındaki bu dönüşümleri –ki bunlar olmadan kişisel bir terapiye girişmek boşuna olur– elde etmeyi belki de analitik yaklaşımdan daha kolaylıkla sağlarlar. Anne babayla sağladıkları terapi ittifakı, ikinci aşamada, belli bir analitik çalışmaya ve/veya anne

babanın bireysel bir terapiye yönelmesine imkan tanıyabilir.

Çeşitli terapi araçlarını birleştiren ya da işbirliği içine sokan çokbiçimli ya da entegre terapilerin önemi giderek artan bir kabul görmektedir (AACAP, 1998).

Uzun süreli tedavi zorunluluğu artık kabul görmüştür. AACAP (1998), yatışmadan sonra, yatışmayı sağlamış tedavinin sürdürüldüğü, ayda en az bir seansla, en az 6 ayla 12 ay arasında bir sağlamlaşma evresi önermektedir. Yatışmanın 6-12 ayından sonra, özellikle depresif nüksetme, komorbidite ve psikososyal bağlam evveliyatlarına bağlı olarak bir bakım evresine karar verilebilir. Bu evre en az bir aydan sonsuza dek sürebilir.

SONUÇ

Ergen depresyonlarının ciddiyeti gelişmeyle ilişkilerine bağlıdır: Gelişmedeki bir zaafın alışıldık ifadesi olarak, kökeni ne olursa olsun, yankılarıyla bozuklukları şiddetlendirebilir ve kesinlikle patolojik bir çıkışa doğru evrimi sabitleyebilir. Depresyon, ergenliğin meydan okumalarının ortaya çıkardığı erken gelişme kusurlarına ve sapmalarına gönderme yapsa da, genellikle ailevi ilişkilerin mevcut patolojisine bağlıdır: Depresyon, bütün olarak ailenin gelişim krizini ortaya koyar. Bu durumun sonuçları genellikle olumsuzdur; gerilimin, anlayışsızlığın ve reddin tırmanmasına yol açar. Aile çevresinin ve sosyal ortamın genellikle fark etmediği depresyon, kışkırttığı tiksinti tepkileriyle ve koşulladığı uyum güçlükleriyle, şiddetlenme ve uzama eğilimi gösterir. Neden olduğu kopma, sonraki depresif nüksetmeleri muhtemelen hazırlayan kişiliğin patolojik örgütlenmesi içinde gelişimi yönlendirmeye ve dondurmaya katkıda bulunabilir. Belirlenimlerin karmaşıklığı ve alışıldık karmaşası karşısında, terapi stratejisi tercihi esasen ergen gelişiminin değerlendirilmesine, ailesinin işleyişine ve karşılıklı ilişkilerine bağlıdır. Günümüzün ve geçmişin belirlenimlerinin etkileşimi, psişik işleyişe dahil olarak,

hem ailevi hem bireysel, ikili bir müdahale gerektirebilir. Olası terapötik müdahaleler, tarzları, tıbbi gereklilikleri ve bileşimleri yine de belirsiz kalır. Bununla birlikte, temel sorun, depresif rahatsızlıkların sıklığıyla çelişen terapi yollarının yetersizliği ve genellikle uzun süren bir tedavinin gerekliliğidir.

KÜLTÜR KİTAPLIĞI

1- **SOKRATES**, Louis-André Dorion, Mart 2005
2- **NAPOLÉON**, Thierry Lentz, Mart 2005
3- **BİLİM-KURGU**, Jacques Baudou, Mart 2005
4- **ANADOLU UYGARLIKLARI**, Marc Desti, Nisan 2005
5- **PSİKANALİZ**, Daniel Lagache, Nisan 2005
6- **SOSYAL BİLİMLER**, Dominique Desjeux, Nisan 2005
7- **HİTİTLER**, Isabelle Klock-Fontanille, Mayıs 2005
8- **SOSYAL PSİKOLOJİ**, Jean Maisonneuve, Mayıs 2005
9- **YUNAN MİTOLOJİSİ**, Pierre Grimal, Mayıs 2005
10- **EMPRESYONİZM**, Marina Ferretti Bocquillon, Haziran 2005
11- **MEZHEPLER**, Nathalie Luca, Haziran 2005
12- **ŞARABIN TARİHİ**, Jean-François Gautier, Haziran 2005
13- **FELSEFE AKIMLARI**, Dominique Folscheid, Temmuz 2005
14- **JEAN-PAUL SARTRE**, Annie Cohen-Solal, Temmuz 2005
15- **HAÇLILAR**, Cécile Morrisson, Temmuz 2005
16- **İNGİLİZ EDEBİYATI**, Jean Raimond, Ağustos 2005
17 **ÜNİVERSİTELERİN TARİHİ**, C. Charle & J. Verger, Ağustos 2005
18- **CAZ**, Lucien Malson & Christian Bellest, Ağustos 2005
19- **TAPINAK ŞÖVALYELERİ**, Régine Pernoud, Eylül 2005
20- **ÇAĞDAŞ SANAT**, Anne Cauquelin, Eylül 2005
21- **BİLİM TARİHİ**, Pascal Acot, Eylül 2005
22- **DİNLER**, Paul Poupard, Ekim 2005
23- **ANTROPOLOJİ**, Marc Augé & Jean-Paul Colleyn, Ekim 2005
24- **KAPİTALİZM**, Claude Jessua, Ekim 2005
25- **BLUES**, Gérard Herzhaft, Kasım 2005
26- **NIETZSCHE**, Jean Granier, Kasım 2005
27- **JEOPOLİTİK**, Alexandre Defay, Kasım 2005
28- **RUS EDEBİYATI**, Jean Bonamour, Mart 2006
29- **BİLİM FELSEFESİ**, Dominique Lecourt, Mart 2006
30- **BUDACILIK**, Henri Arvon, Mart 2006
31- **BABİL**, Béatrice André-Salvini, Nisan 2006
32- **FANTASTİK EDEBİYAT**, Jean-Luc Steinmetz, Nisan 2006
33- **ANKSİYETE VE KAYGI**, André Le Gall, Nisan 2006
34- **ÇOCUK PSİKOLOJİSİ**, Olivier Houdé, Mayıs 2006
35- **SCHOPENHAUER**, Edouard Sans, Mayıs 2006
36- **ANTİK MISIR**, Sophie Desplancques, Mayıs 2006
37- **VİKİNGLER**, Pierre Bauduin, Haziran 2006
38- **VAROLUŞÇULUK**, Jacques Colette, Haziran 2006
39- **SANAT TARİHİ**, Xavier Barral I Altet, Haziran 2006

40- **ROMA İMPARATORLUĞU**, Patrick Le Roux, Temmuz 2006
41- **KIERKEGAARD**, Olivier Cauly, Temmuz 2006
42- **ALMAN EDEBİYATI**, Jean-Louis Bandet, Temmuz 2006
43- **MAYALAR**, Paul Gendrop, Ağustos 2006
44- **MİMARLIK TARİHİ**, Gérard Monnier, Ağustos 2006
45- **DİYABET**, Jean & Charles Darnaud, Ağustos 2006
46- **AVRUPA BİRLİĞİ**, Jean-Luc Mathieu, Eylül 2006
47- **DİLBİLİM**, Jean Perrot, Eylül 2006
48- **AZTEKLER**, Jacques Soustelle, Eylül 2006
49- **DADA VE GERÇEKÜSTÜCÜLÜK**, David Hopkins, Kasım 2006
50- **KÜRESELLEŞME**, Manfred B. Steger, Kasım 2006
51- **HAYVAN HAKLARI**, David DeGrazia, Kasım 2006
52- **HIRİSTİYANLIK**, Linda Woodhead, Aralık 2006
53- **GAZETECİLİK**, Ian Hargreaves, Aralık 2006
54- **EVRİM**, Brian & Deborah Charlesworth, Aralık 2006
55- **İSPANYA İÇ SAVAŞI**, Pierre Vilar, Ocak 2007
56- **YARATICILIK**, Michel-Louis Rouquette, Ocak 2007
57- **FELSEFENİN DOĞUŞU**, Giorgio Colli, Ocak 2007
58- **ANTİK FELSEFE**, Jean-Paul Dumont, Şubat 2007
59- **İNKALAR**, Henri Favre, Şubat 2007
60- **YAZIN KURAMI**, Jonathan Culler, Şubat 2007
61- **SOSYAL VE KÜLTÜREL ANTROPOLOJİ**, Monaghan & Just, Nisan 2007
62- **SPINOZA**, Roger Scruton, Nisan 2007
63- **TANGO**, Remi Hess, Nisan 2007
64- **İTALYAN EDEBİYATI**, Christian Bec & François Livi, Mayıs 2007
65- **DARWIN VE DARWINCİLİK**, Patrick Tort, Mayıs 2007
66- **SİYONİZM**, Ilan Greilsammer, Mayıs 2007
67- **FOBİLER**, Paul Denis, Ağustos 2007
68- **KLASİK SANAT**, Mary Beard & John Henderson, Ağustos 2007
69- **PLATON VE AKADEMİA**, Jean Brun, Ağustos 2007
70- **HABERMAS**, James Gordon Finlayson, Eylül 2007
71- **FREUD**, Roland Jaccard, Eylül 2007
72- **KAFKA**, Ritchie Robertson, Eylül 2007
73- **FENOMENOLOJİ**, Jean-François Lyotard, Ekim 2007
74- **EROTİZM**, Roger Dadoun, Ekim 2007
75- **TARİH**, John H. Arnold, Ekim 2007
76- **HOMEROS**, Jacqueline de Romilly, Aralık 2007
77- **ARİSTOTELES VE LİSE**, Jean Brun, Aralık 2007
78- **ANARŞİZM**, Colin Ward, Aralık 2007
79- **BİZANS TARİHİ**, Jean-Claude Cheynet, Mart 2008
80- **BARTHES**, Jonathan Culler, Haziran 2008
81- **ŞİZOFRENİ**, Marc-Louis Bourgeois, Haziran 2008

82- **İSLAM**, Dominique Sourdel, Eylül 2008
83- **SANAT KURAMI**, Cynthia Freeland, Eylül 2008
84- **PLATON**, Jean-François Mattéi, Eylül 2008
85- **FEMİNİZM**, Margaret Walters, Ocak 2009
86- **DESCARTES**, Tom Sorell, Ocak 2009
87- **KELTLER**, Venceslas Kruta, Ocak 2009
88- **MAX WEBER**, Laurent Fleury, Temmuz 2009
89- **RETORİK**, Michel Meyer, Temmuz 2009
90- **DEVLET**, Renaud Denoix de Saint Marc, Temmuz 2009
91- **SALSA VE LATİN CAZ**, Isabelle Leymarie, Ocak 2010
92- **FOUCAULT**, Gary Gutting, Ocak 2010
93- **İNSAN HAKLARI**, Andrew Clapham, Ocak 2010
94- **POETİKA**, Michel Jarrety, Mayıs 2010
95- **RUS DEVRİMİ**, S. A. Smith, Mayıs 2010
96- **FOTOĞRAF**, Roger Bellone, Mayıs 2010
97- **GALILEO**, Georges Minois, Ağustos 2010
98- **EPİSTEMOLOJİ**, Hervé Barreau, Ağustos 2010
99- **KEYNES VE KEYNESÇİLİK**, Pierre Delfaud, Ağustos 2010
100- **HEGEL VE HEGELCİLİK**, Jean-François Kervégan, Mart 2011
101- **ERGEN DEPRESYONU**, Henri Chabrol, Mart 2011
102- **MODA**, Dominique Waquet & Marion Laporte, Mart 2011
103- **LOCKE**, John Dunn, Ağustos 2011
104- **KÜRESEL ISINMA**, Mark Maslin, Ağustos 2011
105- **BAROK**, Victor-Lucien Tapié, Ağustos 2011
106- **BHAGAVADGITA**, Anonim, Eylül 2011
107- **HİNDUİZM**, Korhan Kaya, Eylül 2011
108- **İKTİSAT**, Partha Dasgupta, Eylül 2011
109- **SHAKESPEARE**, Germaine Greer, Aralık 2011
110- **SENFONİ**, Rémi Jacobs, Aralık 2011
111- **HUKUK FELSEFESİ**, Michel Troper, Aralık 2011
112- **RAMAYANA**, Anonim, Ocak 2012
113- **DEMOKRASİ**, Bernard Crick, Mart 2012
114- **FRANKFURT OKULU**, Paul-Laurent Assoun, Mart 2012
115- **KİTABIN TARİHİ**, Albert Labarre, Mart 2012
116- **MİT**, Robert A. Segal, Haziran 2012
117- **MODERN ÇİN**, Rana Mitter, Haziran 2012
118- **DÜŞLER**, J. Allan Hobson, Haziran 2012
119- **RÖNESANS**, Jerry Brotton, Kasım 2012
120- **PARANOYA**, Sophie de Mijolla-Mellor, Kasım 2012
121- **KITA FELSEFESİ**, Simon Critchley, Kasım 2012
122- **İDEOLOJİ**, Michael Freeden, Aralık 2012
123- **RÖNESANS SANATI**, Geraldine A. Johnson, Aralık 2012

124- **SOĞUK SAVAŞ**, Robert J. McMahon, Mart 2013
125- **MARX**, Peter Singer, Mart 2013
126- **POSTYAPISALCILIK**, Catherine Belsey, Mart 2013
127- **YUNAN SANATI**, Jean-Jacques Maffre, Haziran 2013
128- **MATEMATİK**, Timothy Gowers, Haziran 2013
129- **PSİKİYATRİ TARİHİ**, Jacques Hochmann, Haziran 2013
130- **ORTAÇAĞ FELSEFESİ**, Alain de Libéra, Ağustos 2013
131- **TASARIM**, John Heskett, Ağustos 2013
132- **TRAJEDİ**, Adrian Poole, Ekim 2013
133- **MODERNİZM**, Christopher Butler, Ekim 2013
134- **KÜBİZM**, Pierre Cabanne, Kasım 2013
135- **SOSYALİZM**, Michael Newman, Kasım 2013
136- **JUNG**, Anthony Stevens, Ocak 2014
137- **KUANTUM**, John Polkinghorne, Ocak 2014
138- **FAŞİZM**, Kevin Passmore, Nisan 2014
139- **KAOS**, Leonard Smith, Nisan 2014
140- **DERRIDA**, Simon Glendinning, Mayıs 2014
141- **MASONLUK**, Paul Naudon, Ağustos 2014
142- **ZEN**, Jean-Luc Toula-Breysse, Ağustos 2014
143- **BİRİNCİ DÜNYA SAVAŞI**, Michael Howard, Eylül 2014
144- **TIP TARİHİ**, William Bynum, Ekim 2014
145- **HEIDEGGER**, Michael Inwood, Ekim 2014
146- **KABALA**, Joseph Dan, Mart 2015
147- **İNSAN EVRİMİ**, Bernard Wood, Nisan 2015
148- **DÜNYA MÜZİĞİ**, Philip V. Bohlman, Nisan 2015
149- **SOYUT SANAT**, Alain Bonfand, Haziran 2015
150- **FRANSIZ DEVRİMİ**, William Doyle, Haziran 2015
151- **İMPARATORLUK**, Stephen Howe, Temmuz 2015
152- **GANDHİ**, Robert Deliège, Temmuz 2015
153- **ZEKÂ**, Ian J. Deary, Eylül 2015
154- **ANTİK FELSEFE**, Julia Annas, Eylül 2015
155- **ELEMENTLER**, Philip Ball, Ekim 2015
156- **PARİS'İN TARİHİ**, Yvan Combeau, Ekim 2015
157- **KARTACA**, Maria Giulia Amadasi Guzzo, Aralık 2015
158- **HOBBES**, Richard Tuck, Aralık 2015
159- **ABD TARİHİ**, Réne Rémond, Mart 2016
160- **CADILIK**, Malcolm Gaskill, Mart 2016
161- **SOSYOLOJİ**, Steve Bruce, Nisan 2016
162- **WITTGENSTEIN**, A. C. Grayling, Nisan 2016
163- **FİLM**, Michael Wood, Nisan 2016
164- **KUŞKUCULUK**, Carlos Lévy, Ağustos 2016
165- **TARİHÖNCESİ**, Chris Gosden, Ağustos 2016

ERGEN DEPRESYONU

HENRI CHABROL

Türkçesi: IŞIK ERGÜDEN

ERGEN DEPRESYONU KAVRAMI, KARMAŞIKLIĞI VE BİREY GELİŞİMİNDE KAPSADIĞI AĞIRLIKLI YER KADAR, BU KONU ÜZERİNE GELİŞTİRİLMİŞ TEORİ VE TEDAVİ BİÇİMLERİYLE DE RUHBİLİMİ ALANININ TEMEL TARTIŞMA KONULARINDAN BİRİ OLMAYI SÜRDÜRÜYOR. BU DÖNEMDE YAŞANAN BUHRANLARIN AĞIRLIĞI VE ÇEŞİTLİLİĞİ DİKKATE ALINDIĞINDA, KİŞİLİK GELİŞİMİNİN BU EVRESİNDE KARŞILAŞILAN SORUNLARLA İLGİLİ DEĞERLENDİRMELER BİRÇOK HARARETLİ TARTIŞMAYI DA KÖRÜKLÜYOR. ÇEVRESEL FAKTÖRLERDEN AİLEVİ KOŞULLANMALARA, BİYOLOJİK ETMENLERDEN TRAVMATİK DENEYİMLERE KADAR BİRÇOK ETMENİN İNCELİKLE ELE ALINDIĞI BİR BAŞVURU KAYNAĞI.

Kültür Kitaplığı: 101; Psikoloji: 9





D